RAPPORT D'ACTIVITÉS

JANVIER 83 **JANVIER 86**

Québec

© Gouvernement du Québec, 1986
ISBN 2-550-16305-2
Dépôt légal, 2æ trimestre 1986
Bibliothèque Nationale du Québec
Bibliothèque Nationale du Canada

Québec, le 25 mai 1986

Madame Thérèse Lavoie-Roux
Ministre de la Santé et
des Services sociaux
1075 Chemin Ste-Foy, 15e étage
Québec
G1S 2M1

Madame la Ministre,

Au cours de son IXe cycle de production, qui s'est pratiquement étendu du mois de janvier 1983 au mois de janvier 1986, le Comité de la santé mentale du Québec a plus particulièrement mis au point cinq outils de réflexion et de travail pouvant servir au développement d'une politique québécoise de santé mentale.

Le rapport que j'ai le plaisir de vous présenter aujourd'hui précise et complète ce qui précède.

Recevez, je vous prie Madame la Ministre, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Le Président du Comité de
la santé mentale du Québec

Gaston Harnois, m.d.
1075 Chemin Ste-Foy, 8e étage
Québec, (Québec)
G1S 2M1

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

Première partie: Le Comité de la santé mentale du Québec (C.S.M.Q.) 1

1.a Nature du Comité..... 2

1.b Bref rappel de l'histoire du Comité..... 3

1.c Fonctionnement du Comité..... 5

1.d Membres du Comité en 1983, 1984, 1985, et au début de l'année 1986..... 8

1.e Personnel du Secrétariat du Comité au cours de la même période..... 10

Deuxième partie: Réalisations du Comité de la santé mentale du Québec au cours de son IXe cycle de production, soit pour la période allant de janvier 1983 à janvier 1986 11

2.a Préparation d'un **Avis sur la notion de santé mentale** 12

2.b Préparation d'un **Avis sur l'efficacité des interventions en santé mentale** 14

TABLE DES MATIÈRES (suite)

PAGE

2.c Préparation d'un **Avis sur la protection et le développement de la santé mentale des jeunes** 16

2.d Préparation d'un **Avis sur les ressources alternatives** 19

2.e Préparation d'un **Avis sur les services de santé mentale de la France, de la Grande-Bretagne, de l'Italie et des États-Unis** 21

2.f Participation au projet de développement d'une politique de santé mentale pour le Québec..... 22

2.g Collaboration au projet d'enquête Santé-Québec..... 24

2.h Interventions en faveur de la recherche en santé mentale..... 25

2.i Autres réalisations..... 26

2.i.1 Rencontre avec les membres de la Sous-commission des Affaires sociales chargée d'étudier la distribution des services de soutien et de réinsertion sociale offerts aux personnes ayant des troubles mentaux et vivant dans la communauté..... 26

2.i.2 Présentation des travaux récents du Comité, dans le cadre du colloque de l'Association pour la santé publique du Québec sur la désinstitutionnalisation en santé mentale..... 26

TABLE DES MATIÈRES (suite)

PAGE

2.i.3 Préparation et diffusion d'un communiqué de presse sur le chômage et la santé..... 27

2.i.4 Appréciation du document d'orientation de l'Association des hôpitaux du Québec sur l'organisation des services de santé mentale au Québec..... 27

Troisième partie: Quelques éléments d'évaluation des réalisations du Comité de la santé mentale du Québec au cours de son IXe cycle de production 29

Annexes

Annexe A - Texte relatif à l'Avis du Comité de la santé mentale du Québec sur la notion de santé mentale..... 32

Annexe B - Texte relatif à l'Avis du Comité de la santé mentale du Québec sur l'efficacité des interventions en santé mentale..... 54

Annexe C - Texte relatif à l'Avis du Comité de la santé mentale du Québec sur la protection et le développement de la santé mentale des jeunes..... 67

TABLE DES MATIÈRES (suite)

PAGE

Annexe D - Texte relatif à l'Avis du Comité de la santé mentale du Québec sur les ressources alternatives..... 77

Annexe E - Texte relatif à l'Avis du Comité de la santé mentale du Québec sur les services de santé mentale de la France, de la Grande-Bretagne, de l'Italie et des États-Unis..... 89

Première partie: Le Comité de la santé mentale du Québec (C.S.M.Q.)

1.a NATURE DU COMITÉ

En vertu de son mandat général, le Comité de la santé mentale du Québec coopère à la réalisation des activités de planification dont le ministère de la Santé et des Services sociaux a la responsabilité dans le champ de la santé mentale. Il relève du Ministre de la Santé et des Services sociaux et ses membres sont nommés par le Gouvernement.

Références: Gouvernement du Québec "Décret numéro 2967 concernant la création du Comité de la santé mentale du Québec", 25 août 1971, 3 pages.

Journal Le Soleil "Comité de la santé mentale créé par Claude Castonguay", Québec, 24 août 1971.

1.b BREF RAPPEL DE L'HISTOIRE DU COMITÉ

Le Comité de la santé mentale du Québec a été créé en 1971. Il a successivement été présidé par les docteurs Laurent Houde, Jacques Mackay, Yvon Gauthier et Gaston Harnois. Ses secrétaires successifs ont été MM. Aimé L. Raic, Manuel D'Aout, Léon Gilbert et Pierre Vendette.

Au cours des neuf cycles de production qu'il a connus, le Comité a produit des documents sur quelque vingt-cinq sujets, dont ceux de l'organisation des services de soins psychiatriques, de la prévention dans le domaine de la santé mentale, de la psychochirurgie, de la sismothérapie, de la stérilisation et de la déficience mentale, des services de garde, des enfants placés, de l'autisme et des autres psychopathologies graves de l'enfance, et de la prévention du suicide.

Références: Lizotte, Claire "Rétrospective - Comité de la santé mentale du Québec. 10 années d'activités, août 1971 - août 1981", Gouvernement du Québec, Ministère des Affaires sociales, octobre 1981, 131 pages.

Grenier, Marc "La santé mentale. Direction An 2000. Document de planification en santé mentale élaboré à partir des avis du Comité de la santé mentale du Québec, dans la perspective d'une prise de décision", Québec, Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec, octobre 1985, 115 pages.

Comité de la santé mentale du Québec "L'organisation des services de soins psychiatriques", Québec, Ministère des Affaires sociales, juillet 1972, 27 pages.

Références: Comité de la santé mentale du Québec "La prévention dans le domaine de la santé mentale", Québec, Ministère des Affaires sociales, septembre 1973, 66 pages.

Comité de la santé mentale du Québec "La psychochirurgie", Montréal, juillet 1975, 9 pages.

Comité de la santé mentale du Québec "La sismothérapie", Montréal, octobre 1976, 20 pages.

Comité de la santé mentale du Québec "Avis du C.S.M.Q. sur la stérilisation et la déficience mentale", Québec, Ministère des Affaires sociales, 31 mars 1980, environ 60 pages, plus annexes.

Comité de la santé mentale du Québec (Marc Provost, Denise Garon et Carolyn Larsen) "Impact des garderies sur les jeunes enfants - où va le Québec", Québec, Gouvernement du Québec, 1er trimestre 1983, 102 pages.

Comité de la santé mentale du Québec (Roger Paquet, Edda Leczinska, Gilles Lortie) "Avis sur les enfants placés", Québec, Gouvernement du Québec, 2e trimestre 1983, 72 pages.

Comité de la santé mentale du Québec (François Tremblay, Colette Roberge, Edda Leczinska) "Avis sur l'autisme et les autres psychopathologies graves de l'enfance", Québec, Gouvernement du Québec, 3e trimestre 1983, 198 pages.

Comité de la santé mentale du Québec (France Fréchette-Duchesne, Gilles Lortie, Gaston Harnois, Roger Paquet, François Tremblay) "Prévenir le suicide au Québec" Québec, Gouvernement du Québec, 2e trimestre 1983, 150 pages.

1.c FONCTIONNEMENT DU COMITÉ

Un cycle de production du Comité de la santé mentale du Québec se déroule habituellement comme suit.

A- Les préparatifs

1- Après des échanges sur le sujet avec des planificateurs gouvernementaux, le Comité propose au Ministre des mandats possibles pour son prochain cycle de production.

2- Le Ministre détermine les prochains mandats du Comité et les porte à l'attention de son Président.

3- Avec la permission du Ministre, le Président du Comité établit, notamment avec son Vice-président et son Secrétaire, une liste de candidats pouvant recomposer le Comité, et il s'appuie, pour le faire, sur les critères de sélection suivants:

- le critère de la compétence,
- le critère de la disponibilité,
- le critère de la pluridisciplinarité,
- le critère de la représentation équitable des sexes,
- le critère de la représentation des divers établissements et organismes de santé et de services sociaux,

- le critère de la représentation des régions du Québec,

- le critère de la représentation des personnes souffrant sur le plan psychique et celui de la représentation de leurs familles,

- le critère de la représentation des minorités culturelles visibles du Québec (nouveau critère proposé),

- le critère de la continuité.

4- Le Président du Comité soumet au Ministre la liste de candidats établie.

5- Le Ministre fait nommer par décret du Gouvernement les nouveaux membres qu'il veut bien donner au Comité pour réaliser les nouveaux mandats confiés.

B- Le déroulement des travaux

1- Le Comité forme officiellement ses Groupes de travail et confie à chacun d'eux l'un des mandats reçus du Ministre.

2- Chacun des Groupes de travail formés met au point le plan qu'il compte suivre pour la préparation du projet d'Avis demandé et soumet ce plan au Comité pour approbation.

3- Chacun des Groupes de travail développe son projet d'Avis de la façon la plus appropriée possible.

4- Le Comité reçoit périodiquement les rapports de ses Groupes de travail sur le déroulement de leurs activités.

5- Le Comité reçoit les projets d'Avis que lui proposent éventuellement ses Groupes de travail; il les apprécie et en fait ses Avis quand il les juge adéquats.

6- Le Comité transmet ses Avis au Ministre et les rend accessibles à la population.

7- Après la fin de son cycle de production, le Comité rencontre le Ministre pour lui présenter officiellement ses nouveaux Avis et son rapport de fin de cycle.

Références: Vendette, P. "Le Comité de la santé mentale du Québec (C.S.M.Q.)", Santé mentale au Québec, Volume VIII, Numéro 1, juin 1983, p. 144-147.

Vendette, P. "Le Comité de la santé mentale du Québec - Ébauche d'éléments de réflexion et de discussion sur le Comité et sa productivité", 2 décembre 1982, 13 pages (Document de travail).

1.d MEMBRES DU COMITÉ EN 1983, 1984, 1985, ET AU DÉBUT DE L'ANNÉE 1986

En 1983, 1984, 1985, et au début de l'année 1986, soit au cours de son IXe cycle de production, le Comité de la santé mentale du Québec était composé comme suit:

Docteur Gaston Harnois, Psychiatre et Directeur général du Centre hospitalier Douglas, qui agissait à titre de Président du Comité;

Monsieur Roger Paquet, détenteur d'une maîtrise en service social et Directeur général du Centre d'accueil "Les Jeunes de l'Outaouais", qui agissait à titre de Vice-président du Comité;

Madame Ellen Corin, détentrice d'un doctorat en psychologie et Directeur de l'Unité de recherche psychosociale au Centre de recherche du Centre hospitalier Douglas;

Madame Michelle FitzGerald, Vice-présidente de l'Association lavalloise de parents pour le bien-être mental;

Madame Nicole Fontaine, détentrice d'une maîtrise en gestion des services de santé et Coordonnatrice des services de santé mentale au Conseil de la santé et des services sociaux du Montréal-métropolitain;

Madame Christine Gourgue, ex-Présidente du groupe Auto-Psy;

Docteur Frédéric Grunberg, Psychiatre et Coordonnateur de l'enseignement au Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine, nommé au début de l'année 1984 pour remplacer Docteur Henry Kravitz, Psychiatre, démissionnaire du Comité;

Docteur Laurent Houde, Pédopsychiatre attaché aux Centres hospitaliers Rivière-des-Prairies et du Haut-Richelieu;

Docteur Mireille Lajoie, Pédiatre et Directrice du Département de santé communautaire au Centre hospitalier Ste-Marie de Trois-Rivières;

Docteur Yves Lamontagne, Psychiatre et Directeur du Centre de recherche psychiatrique au Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine;

Madame Francine Lavoie, détentrice d'un doctorat en psychologie et Professeure à l'Université Laval;

Madame Odette Marot, détentrice d'une maîtrise en sciences infirmières, démissionnaire du Comité en 1984;

Monsieur Maurice Roy, Directeur général du CLSC Samuel de Champlain, nommé au début de l'année 1984 pour remplacer Madame Mireille Fillion, Sociologue, démissionnaire du Comité;

Madame Guylaine Séguin-Tremblay, détentrice d'un doctorat en psychologie et Psychologue clinicienne attachée au Département de pédiatrie du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke;

Madame Lise Tessier, Diplômée en pratique avancée en service social et Conseillère-cadre au Service de la programmation et du développement du Centre de services sociaux du Montréal-métropolitain.

Références: Gouvernement du Québec "Décret numéro 129-83 concernant la nomination des membres du Comité de la santé mentale du Québec", 26 janvier 1983, 3 pages.

Gouvernement du Québec "Décret numéro 698-84 concernant la nomination de membres du Comité de la santé mentale du Québec", 28 mars 1984, 1 page.

Comité de la santé mentale du Québec "Compte rendu de réunion - 9 décembre 1983", Québec, le 30 janvier 1984, 16 pages.

1.e PERSONNEL DU SECRÉTARIAT DU COMITÉ AU COURS DE LA MÊME PÉRIODE

Au cours de la même période, soit de janvier 1983 à janvier 1986, le Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec a été composé par le Secrétaire du Comité, Monsieur Pierre Vendette, une employée de secrétariat à temps plein, Madame Colombe Barbeau, et une employée de secrétariat à temps partiel, Madame Dolorès Nolet-Gosselin.

Le Docteur Marc Grenier a aussi fait partie du personnel du Secrétariat du Comité au cours de l'année 1985. Autorisé à entreprendre, à partir du 1er novembre 1985, un stage d'étude d'une année au Centre hospitalier de l'Université Laval, il fut remplacé temporairement par Monsieur Robert Filion, du 9 décembre 1985 au 17 janvier 1986.

2- Réalisation du Comité de la santé mentale du Québec au cours de son IXe cycle de production, soit pour la période allant de janvier 1983 à janvier 1986.

2.a PRÉPARATION D'UN AVIS SUR LA NOTION DE SANTÉ MENTALE

Le Comité a adopté officiellement, à sa réunion du 25 janvier 1985, le texte d'un Avis sur la notion de santé mentale. Intitulé "La santé mentale - de la biologie à la culture", ce document fut produit notamment par le Docteur Ellen Corin, le Docteur Frédéric Grunberg, le Docteur Guylaine Séguin-Tremblay et Madame Lise Tessier.

Les principaux auteurs de cet Avis eurent recours, pour sa préparation, aux conclusions d'une consultation publique et d'une étude exploratoire qu'ils firent réaliser. Ils tirèrent de plus avantage d'une rencontre qu'ils eurent avec le Docteur Norman Sartorius, Directeur de la Division de la santé mentale, de l'Organisation mondiale de la santé de Genève.

Édité par "Les Publications du Québec", cet Avis fut présenté publiquement à la presse écrite et parlée le 26 juin 1985. Il fut transmis, pour information, aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux, aux centres locaux de services communautaires, aux centres de services sociaux, aux départements de santé communautaire, aux hôpitaux psychiatriques, aux hôpitaux généraux avec facilités psychiatriques, ainsi qu'à des facultés et écoles universitaires du Québec.

Un texte relatif à cet Avis est présenté à la fin de ce document (Annexe A).

Références: Comité de la santé mentale du Québec "Compte rendu de réunion - 25 janvier 1985", Québec, le 30 janvier 1985, 3 pages.

Comité de la santé mentale du Québec (Ellen Corin, Frédéric Grungerg, Guylaine Séguin-Tremblay et Lise Tessier) "La santé mentale - de la biologie à la culture" Québec, Gouvernement du Québec, 3e trimestre 1985, 158 pages.

Références: Boutet, Christian "Synthèse d'une consultation sur la notion de santé mentale - Document de travail préparé pour le groupe de travail du Comité de la santé mentale du Québec sur la notion de santé mentale", Québec, Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec, 2e trimestre 1985, 106 pages.

Fréchette-Duchesne, France "Perception de groupes sociaux du Québec sur la santé mentale - Rapport d'une étude exploratoire auprès de dix-huit (18) organismes non-gouvernementaux effectuée pour un sous-comité du Comité de la santé mentale du Québec", Québec, Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec, 2e trimestre 1985, 65 pages.

Stanton, Danielle "La santé mentale, qu'est-ce au juste?" Québec, Direction des communications du Ministère des Affaires sociales, 26 juin 1985, 2 pages.

2.b PRÉPARATION D'UN AVIS SUR L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS EN SANTÉ MENTALE

Le Comité a également adopté officiellement, à sa réunion du 25 janvier 1985, le texte d'un Avis sur l'efficacité des interventions en santé mentale. Intitulé "La santé mentale - prévenir, traiter et réadapter efficacement", ce document a été mis au point principalement par le Docteur Yves Lamontagne, le Docteur Francine Lavoie et Madame Lise Tessier. Il se présente en quatre tomes, respectivement intitulés "Synthèse et recommandations" (volume 1), "L'efficacité de la prévention" (volume 2), "L'efficacité du traitement" (volume 3), "L'efficacité de la réadaptation" (volume 4).

Les principaux responsables de la préparation de cet Avis bénéficièrent de l'assistance de Monsieur Jean Toupin, ainsi que de Mesdames Johanne Dompierre, Amparo Garcia et Thérèse Dostie pour la réalisation de leur mandat. Ils bénéficièrent aussi de l'appui d'experts étrangers et purent s'appuyer, pour la préparation de leur document, sur les conclusions d'une consultation publique qu'ils firent réaliser.

Édité par "Les Publications du Québec", cet Avis fut aussi présenté publiquement à la presse écrite et parlée le 26 juin 1985. Il fut aussi transmis pour information aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux, aux centres locaux de services communautaires, aux centres de services sociaux, aux départements de santé communautaire, aux hôpitaux psychiatriques, aux hôpitaux généraux avec facilités psychiatriques, ainsi qu'à des facultés et écoles universitaires du Québec.

Un texte relatif à cet Avis est présenté à la fin de ce document (Annexe B).

Références: Comité de la santé mentale du Québec "Compte rendu de réunion - 25 janvier 1985", Québec, le 30 janvier 1985, 3 pages.

Références: Comité de la santé mentale du Québec (Yves Lamontagne, Francine Lavoie et Lise Tessier) "La santé mentale - prévenir, traiter et réadapter efficacement", Québec, Gouvernement du Québec, 2e trimestre 1985, volume I - Synthèse et recommandations, 115 pages, volume II - L'efficacité de la prévention, 101 pages, volume III - L'efficacité du traitement, 157 pages, et volume IV - L'efficacité de la réadaptation, 123 pages.

Boutet, Christian "Synthèse d'une consultation sur l'efficacité des modes d'intervention en santé mentale - Document de travail préparé pour le groupe de travail du Comité de la santé mentale du Québec sur l'efficacité des modes d'intervention en santé mentale", Québec, Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec, 2e trimestre 1985, 163 pages.

Stanton, Danielle "La santé mentale: prévenir, traiter et réadapter efficacement", Québec, Direction des communications du Ministère des Affaires sociales, 26 juin 1985, 3 pages.

2.c PRÉPARATION D'UN AVIS SUR LA PROTECTION ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA SANTÉ MENTALE DES JEUNES

Le Comité a adopté officiellement, à sa réunion du 15 février 1985, le texte d'un Avis sur la protection et le développement de la santé mentale des jeunes. Intitulé "La santé mentale des enfants et des adolescents - Vers une approche plus globale", ce document fut produit notamment par le Docteur Laurent Houde, le Docteur Guylaine Séguin-Tremblay, Madame Michelle FitzGerald, Monsieur Maurice Roy et le Docteur Mireille Lajoie. Il se présente avec une annexe développée par Monsieur Pierre Baulu, Directeur du Bureau de ressources en développement pédagogique et en consultation personnelle à la Commission des écoles catholiques de Montréal. Cette annexe est intitulée "L'école et la santé mentale - État de la question de la santé mentale en milieu scolaire".

Les principaux responsables de la préparation de cet Avis ont pu s'appuyer, pour le développement de leur document, sur les conclusions d'une consultation publique qu'ils firent réaliser. Ils tirèrent de plus avantage de nombreuses rencontres qu'ils eurent avec des intervenants québécois et étrangers. Ils bénéficièrent enfin de nombreuses assistances, dont celles de Madame Madeleine Rochon, de Mademoiselle Marie-Josée Lessard, de Monsieur Christian Boutet, et évidemment de Monsieur Pierre Baulu.

Édités par "Les Publications du Québec", cet Avis et son annexe furent présentés publiquement à la presse écrite et parlée le 29 août 1985. Ils furent aussi transmis, pour information, aux Conseils régionaux de la santé et des services sociaux, aux centres locaux de services communautaires, aux centres de services sociaux, aux départements de santé communautaire, aux hôpitaux psychiatriques, aux hôpitaux généraux avec facilités psychiatriques, ainsi qu'à des facultés et écoles universitaires du Québec.

Un texte se rapportant à cet Avis apparaît à la fin de ce document (Annexe C).

Références: Comité de la santé mentale du Québec "Compte rendu de réunion - 15 février 1985", Québec, le 6 mars 1985, 3 pages.

Comité de la santé mentale du Québec (Laurent Houde, Guylaine Séguin-Tremblay, Michelle FitzGerald, Maurice Roy et Mireille Lajoie) "La santé mentale des enfants et des adolescents - vers une approche plus globale", Québec, Gouvernement du Québec, 3e trimestre 1985, 251 pages.

Comité de la santé mentale du Québec (Pierre Baulu) "L'école et la santé mentale - Etat de la question de la santé mentale en milieu scolaire", Québec, Gouvernement du Québec, 3e trimestre 1985, 89 pages.

Boutet, Christian "Synthèse d'une consultation sur le développement et la protection de la santé mentale des jeunes - Document de travail préparé par le Groupe de travail du Comité de la santé mentale du Québec sur le développement et la protection de la santé mentale des jeunes", Québec, Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec, 2e trimestre 1985, 355 pages.

Lessard, Marie-Josée "L'efficacité de la prévention en santé mentale chez les moins de dix-huit ans - Document de travail présenté au Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec", Québec, Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec, été 1984, 316 pages.

Stanton, Danielle "Lancement d'un nouvel Avis du Comité de la santé mentale du Québec", Québec, Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux, 29 août 1985, 4 pages.

Stanton, Danielle "Accorder une meilleure attention à la santé mentale des 0-5 ans", Québec, Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux, 29 août 1985, 2 pages.

Stanton, Danielle "Une philosophie d'action axée sur les aspects positifs de la santé mentale", Québec, Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux, 29 août 1985, 2 pages.

Stanton, Danielle "Favoriser la souplesse dans le fonctionnement des services et développer une mentalité de plus grande ouverture chez les intervenants", Québec, Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux, 29 août 1985, 1 page.

Stanton, Danielle "Privilégier une approche écologique face aux besoins en santé mentale", Québec, Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux, 29 août 1985, 2 pages.

Stanton, Danielle "L'école et la santé mentale", Québec, Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux, 29 août 1985, 3 pages.

2.d PRÉPARATION D'UN AVIS SUR LES RESSOURCES ALTERNATIVES

Le Comité a adopté officiellement, à sa réunion du 10 juin 1985, le texte d'un Avis sur les ressources alternatives en santé mentale. Intituté "La santé mentale - rôles et place des ressources alternatives", ce document a été mis au point principalement par Monsieur Roger Paquet, le Docteur Francine Lavoie, le Docteur Gaston Harnois, Madame Michelle FitzGerald, Madame Christine Gourgue, et Madame Nicole Fontaine.

Les principaux auteurs de cet Avis ont pu s'appuyer, pour la préparation de leur texte, sur les conclusions d'une consultation publique qu'ils ont fait réaliser. Ils ont aussi bénéficié de la collaboration d'organismes et d'experts québécois et étrangers. Ils ont enfin reçu de nombreuses assistances, dont celle de Madame Claudia Voïtchovska et celle de Monsieur Paul Morin.

Édité par "Les Publications du Québec", cet Avis fut présenté publiquement à la presse écrite et parlée le 7 octobre 1985. Il fut aussi transmis, pour information, aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux, aux centres locaux de services communautaires, aux centres de services sociaux, aux départements de santé communautaire, aux hôpitaux psychiatriques, aux hôpitaux généraux avec facilités psychiatriques, ainsi qu'à des facultés et écoles universitaires du Québec.

Un texte relatif à cet Avis est présenté à la fin de ce document (Annexe D).

Références: Comité de la santé mentale du Québec "Compte rendu de réunion - 10 juin 1985", Québec, le 12 décembre 1985, 6 pages.

Comité de la santé mentale du Québec (Roger Paquet, Francine Lavoie, Gaston Harnois, Michelle FitzGerald, Christine Gourgue et Nicole Fontaine) "La santé mentale - rôles et place des ressources alternatives", Québec, Gouvernement du Québec, 4e trimestre 1985, 168 pages.

Voïtchovska, Claudia "Synthèse d'une consultation sur les ressources alternatives en santé mentale - Document de travail préparé pour le Groupe de travail du Comité de la santé mentale du Québec sur les ressources alternatives en santé mentale", Québec, Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec, 2e trimestre 1985, 256 pages.

Fontaine, Nicole et Paquet, Roger "Rapport de mission", Québec, Comité de la santé mentale du Québec, novembre 1984, 69 pages.

Stanton, Danielle "Les ressources alternatives en santé mentale: principales recommandations du Comité de la santé mentale du Québec", Québec, Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux, 7 octobre 1985, 3 pages.

Stanton, Danielle "Santé mentale: quels sont les rôles et place des ressources alternatives?", Québec, Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux, 7 octobre 1985, 4 pages.

2.e PRÉPARATION D'UN AVIS SUR LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE LA FRANCE, DE LA GRANDE-BRETAGNE, DE L'ITALIE ET DES ÉTATS-UNIS

Le Comité a adopté officiellement, à sa réunion des 16 et 17 janvier 1986, le texte d'un Avis sur les services de santé mentale de la France, de la Grande-Bretagne, de l'Italie et des États-Unis. Intitulé "Sortir de l'asile? Des politiques et des pratiques en pays étrangers", ce document a été développé principalement par le Docteur Ellen Corin, Madame Lise Tessier et le Docteur Guylaine Séguin-Tremblay, avec la collaboration spéciale du Docteur Luciano Bozzini, Ph.D. en sociologie, Professeur agregé au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, et l'appui du Docteur Frédéric Grunberg.

Les principaux auteurs de cet Avis ont bénéficié de l'assistance de Madame Micheline Descent-Letarte, du Docteur Daniel Picard, Ph.D., et de Madame Monique Ingels, notamment, pour la réalisation de leur mandat. Ils ont de plus bénéficié du concours du Docteur Henry Kravitz, du Docteur Heinz Lehmann, du Docteur Alain Lesage, et de Madame Marguerite Tremblay. Ils ont enfin reçu la collaboration d'un fort nombre de leurs collègues étrangers (français, britanniques, italiens et américains).

Au moment où ce texte est écrit, l'édition de cet Avis est en préparation. Il est prévu qu'il pourra être présenté à la presse écrite et parlée vers la fin du mois de juin 1986.

Un texte se rapportant à cet Avis apparaît à la fin de ce document (Annexe E).

Références: Le Président du Comité de la santé mentale du Québec - Lettre à Madame Thérèse Lavoie-Roux, Ministre de la Santé et des Services sociaux, Québec, le 23 janvier 1986, 2 pages.

Comité de la santé mentale du Québec (Ellen Corin, Lise Tessier, Guylaine Séguin-Tremblay, Luciano Bozzini, avec le concours de Frédéric Grunberg) "Sortir de l'asile? Des politiques et des pratiques en pays étrangers", janvier 1986, document de 596 pages (édition en préparation).

2.f PARTICIPATION AU PROJET DE DÉVELOPPEMENT D'UNE POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE POUR LE QUÉBEC

Les cinq Avis dont il vient d'être question pourront servir à l'établissement d'une politique de santé mentale pour le Québec. Ils furent d'ailleurs commandés, pour la majorité, au Comité de la santé mentale du Québec dans ce but.

Le Comité a fourni au Ministère de la Santé et des Services sociaux un appui constant, au cours des dernières années, en regard de ce projet complexe. En plus de développer ces Avis, il a contribué, vers le milieu de l'année 1983, à créer avec le Ministère un comité sur la politique de santé mentale pour coordonner les travaux devant permettre la réalisation du projet. Il a aussi participé à toutes les réunions qu'a tenues ce comité, jusqu'à sa mise en veilleuse, au début de l'année 1985.

Le Comité de la santé mentale du Québec a de plus considéré deux projets de consultation mis au point au Ministère en regard de cette politique et a fait part au Ministre de ses commentaires sur leur contenu.

Références: Le Ministre des Affaires sociales - Lettre au Docteur Gaston Harnois, Président du Comité de la santé mentale du Québec, Québec, le 17 juin 1982, 4 pages.

Comité de la santé mentale du Québec "Compte rendu de réunion - 20 juin 1983", Québec, le 29 août 1983, 9 pages.

Le Président du Comité de la santé mentale du Québec - Lettre à Monsieur Jean-Claude Deschênes, Sous-ministre au Ministère des Affaires sociales, Québec, le 27 juin 1983, 3 pages.

Direction générale de la santé "L'intervention en santé mentale: du modèle institutionnel vers le modèle écologique - Document de consultation sur les éléments d'une politique de santé mentale", Québec, Ministère des Affaires sociales, janvier 1985, 98 pages, plus annexes.

Comité de la santé mentale du Québec "Compte rendu de réunion - 15 février 1985", Québec, le 6 mars 1985, 3 pages.

Le Président du Comité de la santé mentale du Québec - Lettre à Monsieur Guy Chevrette, Ministre des Affaires sociales, Montréal, le 19 février 1985, 6 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux "Pour une réflexion sur la santé mentale - La santé mentale, à nous de décider" Québec, Gouvernement du Québec, 4e trimestre 1985, 59 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux "Pour une réflexion sur la santé mentale - La santé mentale, à nous de décider - Proposition d'un plan d'action", Québec, Gouvernement du Québec, document non daté, 142 pages.

Le Président du Comité de la santé mentale du Québec - Lettre à Madame Thérèse Lavoie-Roux, Ministre de la Santé et des Services sociaux, Québec, le 23 janvier 1986, 2 pages.

2.g COLLABORATION AU PROJET D'ENQUÊTE SANTÉ-QUÉBEC

À plusieurs reprises, au cours de son neuvième cycle de production, le Comité de la santé mentale du Québec a porté attention au déroulement des activités se rapportant à la préparation de l'enquête Santé-Québec. De plus, grâce notamment à quatre de ses membres, les Docteurs Lajoie, Corin et Houde, ainsi que Madame Fontaine, il a fait bénéficier de ses commentaires les responsables du projet.

Vers le milieu de l'année 1984, il fut invité par le Ministère à désigner une personne devant faire partie d'un comité de coordination pour cette enquête. Son choix s'arrêta sur le Docteur Robert Perreault, psychiatre et chercheur, qui consentit à oeuvrer sur ce comité de coordination et à y représenter le secteur de la santé mentale.

La préparation de ses Avis empêcha par la suite le Comité de continuer à suivre d'aussi près le déroulement de cet important dossier.

Références: Comité de la santé mentale du Québec "Compte rendu de réunion - 20 juin 1983", Québec, le 29 août 1983, 9 pages.

Comité de la santé mentale du Québec "Compte rendu de réunion - 16 septembre 1983", Québec, document non daté, 15 pages.

Comité de la santé mentale du Québec "Compte rendu de réunion - 17 février 1984", Québec, le 13 mars 1984, 12 pages.

Comité de la santé mentale du Québec "Compte rendu de réunion - 23 mars 1984", Québec, le 7 juin 1984, 7 pages.

Comité de la santé mentale du Québec "Compte rendu de réunion - 18 juin 1984", Québec, le 21 août 1984, 9 pages.

Comité de la santé mentale du Québec "Compte rendu de réunion - 7 septembre 1984", Québec, le 2 novembre 1984, 10 pages.

2.h INTERVENTIONS EN FAVEUR DE LA RECHERCHE EN SANTÉ MENTALE

En plus de présenter dans ses nouveaux Avis plusieurs recommandations relatives à la recherche en santé mentale, le Comité de la santé mentale du Québec est intervenu à plusieurs reprises, au cours de son IXe cycle de production, en faveur de ce type de recherche.

Durant ces années, les interventions du Comité en faveur de la recherche en santé mentale ont été notamment faites auprès de l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST) et auprès du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ). Le Comité a d'ailleurs adressé plusieurs recommandations à ce dernier organisme.

Références: Comité de la santé mentale du Québec "Compte rendu de réunion - 16 septembre 1983", Québec, document non daté, 15 pages.

Comité de la santé mentale du Québec "Compte rendu de réunion - 9 décembre 1983", Québec, le 30 janvier 1984, 16 pages.

Comité de la santé mentale du Québec "Compte rendu de réunion - 17 février 1984", Québec, le 13 mars 1984, 11 pages.

Le Président du Comité de la santé mentale du Québec - Lettre à Monsieur Yves Martin, Directeur général de l'IRSST, Montréal, le 23 mars 1984, 1 page.

Le Président du Comité de la santé mentale du Québec - Lettre au Docteur Serge Carrière, Président du FRSQ, Québec, le 12 janvier 1984, 2 pages.

Le Président du Comité de la santé mentale du Québec - Lettre au Docteur Serge Carrière, Président du FRSQ, Québec, le 23 décembre 1985, 7 pages.

2.i AUTRES RÉALISATIONS

2.i.1 Rencontre avec les membres de la Sous-commission des Affaires sociales chargée d'étudier la distribution des services de soutien et de réinsertion sociale offerts aux personnes ayant des troubles mentaux et vivant dans la communauté

Le 6 août 1985, le Comité de la santé mentale du Québec a partagé avec les membres de cette Sous-commission des Affaires sociales les éléments alors disponibles de ses derniers travaux qui pouvaient leur être utiles. Sept des membres du Comité le représentaient pour l'occasion, soit le Docteur Harnois, Monsieur Paquet, le Docteur Corin, Madame Tessier, Madame Gourgue, Madame FitzGerald et le Docteur Grunberg.

2.i.2 Présentation des travaux récents du Comité, dans le cadre du colloque de l'Association pour la santé publique du Québec sur la désinstitutionnalisation en santé mentale

Les 14 et 15 novembre 1985, à l'invitation de l'Association pour la santé publique du Québec, le Comité de la santé mentale du Québec a présenté la majorité de ses travaux récents devant les participants au colloque sur la désinstitutionnalisation en santé mentale organisé par cette association. Le Docteur Luciano Bozzini et Monsieur Pierre Baulu ont appuyé le Comité dans ses présentations.

2.i.3 Préparation et diffusion d'un communiqué de presse sur le chômage et la santé

Au début de l'année 1983, le Comité de la santé mentale du Québec, avec l'appui notamment de Monsieur Daniel Fortin, a préparé et émis un communiqué de presse sur le chômage et la santé. Ce communiqué fut transmis à la presse à l'occasion de la semaine de la santé mentale (1er au 7 mai 1983).

2.i.4 Appréciation du document d'orientation de l'Association des hôpitaux du Québec sur l'organisation des services de santé mentale au Québec

À l'invitation du Ministre des Affaires sociales, le Comité de la santé mentale du Québec a enfin procédé, au cours de son neuvième cycle de production, à une appréciation d'un document produit par l'Association des hôpitaux du Québec et intitulé "Organisation des services de santé mentale au Québec: analyse et perspectives". Le résultat de l'appréciation du Comité fut porté à l'attention du ministre le 16 novembre 1984.

Références: Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec "Rencontre du CSMQ avec la Sous-commission des Affaires sociales - Plan de rencontre", Québec, le 6 août 1985, 7 pages.

Comité de la santé mentale du Québec "Envoi du Comité de la santé mentale du Québec à la Sous-commission des Affaires sociales chargée d'étudier la distribution des services de soutien et de réinsertion sociale offerts aux personnes ayant des troubles mentaux et vivant dans la communauté", Québec, mai 1985, 66 pages.

Association pour la santé publique du Québec "Colloque désinstitutionnalisation en santé mentale: impact et réalité", message publicitaire paru dans Le Devoir du 18 octobre 1985.

Comité de la santé mentale du Québec "Compte rendu de réunion - 11 février 1983", Québec, le 24 février 1983, 9 pages.

Comité de la santé mentale du Québec "Compte rendu de réunion - 8 avril 1983", Québec, le 7 juin 1983, 8 pages.

Fortin, Daniel "Chômage, difficultés psychologiques et interventions - Texte préparé pour le Comité de la santé mentale du Québec", Québec, mars 1983, 55 pages.

Association des hôpitaux du Québec "Organisation des services de santé mentale au Québec: analyse et perspectives - Document d'orientation", Montréal, juin 1984, 84 pages.

Comité de la santé mentale du Québec "Compte rendu de réunion - 7 septembre 1984", Québec, le 2 novembre 1984, 10 pages.

Le Vice-président du Comité de la santé mentale du Québec - Lettre à Monsieur Camille Laurin, Ministre des Affaires sociales, Québec, le 16 novembre 1984, 1 page et 1 document joint.

Troisième partie: Quelques éléments d'évaluation des réalisations du Comité de la santé mentale du Québec au cours de son IXe cycle de production

Il est sans doute trop tôt pour évaluer facilement ces nouvelles réalisations du Comité de la santé mentale du Québec.

Certains éléments d'évaluation sont cependant disponibles à ce moment-ci et nous en présentons quelques-uns à la suite. Ils s'ajoutent aux commentaires oraux (presque toujours très favorables) qui sont parvenus au Comité, au cours des derniers mois, sur ses réalisations récentes.

1-".. la sous-commission a pu profiter des travaux du Comité de la santé mentale du Québec, fruit de trois années de recherches et de réflexions. Le Comité nous a laissé entrevoir, à partir de modèles éprouvés chez nous et à l'étranger, les balises qui pourraient encadrer une politique efficace de santé mentale pour le Québec."
Madame Thérèse Lavoie-Roux, dans un article paru dans Le Devoir du 14 août 1985 et intitulé "L'institutionnalisation des personnes souffrant de troubles mentaux: un recours de dernier ressort."

2-"Le Docteur Sartorius m'a remis vos publications sur "La santé mentale des enfants et des adolescents" et "L'école et la santé mentale". Ces deux ouvrages nous intéressent tout spécialement car nous nous efforçons de développer le programme OMS sur la santé mentale de l'enfant. J'ai été très impressionné par leur qualité ainsi que par les travaux qui se déroulent au Québec et que je suivrai avec grand intérêt. Je ne manquerai pas de songer aux compétences techniques de votre Comité lorsque nous aurons besoin d'un concours pour notre programme. Si vous souhaitiez organiser au Québec une réunion sur l'un des thèmes mentionnés dans vos publications susceptibles d'avoir une portée plus internationale, nous serions très heureux d'y collaborer."
Docteur J. Orley, Médecin principal à la Division de la santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé (Genève), dans une lettre adressée au Secrétaire du Comité de la santé mentale du Québec, le 16 octobre 1985.

3-".. nous désirons manifester notre satisfaction quant à l'excellent travail exécuté par le Comité de la santé mentale.
Dans le contexte actuel, il est essentiel d'approfondir notre réflexion et les cinq (5) avis du comité contribueront, j'en suis sûr, à documenter notre recherche pour une approche plus humaine et plus globale en santé mentale."
Monsieur Jean-Bernard Guindon, Directeur général du Conseil de la santé et des services sociaux de la montérégie, dans une lettre adressée à Madame Thérèse Lavoie-Roux, Ministre de la Santé et des Services sociaux, le 17 décembre 1985.

4-"J'aimerais que vous félicitiez les personnes qui ont eu l'idée de transmettre aux établissements impliqués dans les services de santé mentale les nombreux avis qui ont été formulés par le C.S.M.Q. en 1985. Veuillez les assurer que ces documents portent déjà des fruits et qu'ils auront été d'excellents précurseurs des deux documents du MSSS intitulés: "Pour une réflexion sur la santé mentale - La santé mentale, à nous de décider."
Monsieur Gilles Gilbert, responsable au Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Estrie du dossier santé mentale, dans une lettre adressée au Secrétaire du Comité de la santé mentale du Québec, le 17 décembre 1985.

5-"Au nom de l'Association des psychiatres du Québec, et en mon nom personnel, je vous félicite pour la qualité remarquable des trois derniers Avis du Comité de la santé mentale du Québec."
Docteur Jean-Jacques Bourque, Président de l'Association des psychiatres du Québec, dans une lettre adressée au Président du Comité de la santé mentale du Québec, le 24 septembre 1985.

Le Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec,
Québec, le 21 mai 1986.

ANNEXE A
La notion de santé mentale

Texte relatif à l'Avis du Comité de la santé mentale du Québec sur la notion de santé mentale[1]

---

[1] Comité de la santé mentale du Québec (Ellen Corin, Frédéric Grunberg, Guylaine Séguin-Tremblay et Lise Tessier) "La santé mentale - de la biologie à la culture", Québec, Gouvernement du Québec, 3e trimestre 1985, 158 pages. (EOQ 22276-0)

Le Comité de la santé mentale du Québec rendait public récemment un Avis sur la notion de santé mentale.

En regard du projet du Québec de se doter d'une politique sur la santé mentale, il apparaissait important de cerner davantage cette notion.

Le Docteur Ellen Corin, du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, le Docteur Frédéric Grunberg, de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, le Docteur Guylaine Séguin-Tremblay, du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et, enfin, Madame Lise Tessier, du Centre de Services sociaux du Montréal-métropolitain ont particulièrement participé à ces travaux.

Le contexte d'une définition

Depuis quelques années, le concept de santé s'élargit et implique un bien-être à la fois physique, mental et social et dès lors un élargissement des modes d'intervention. Dans ce contexte, on parle de moins en moins de folie et de maladie et de plus en plus de santé mentale.

On peut dire que les théories psychosomatiques ont constitué une des premières tentatives scientifiques pour établir un pont entre les dimensions somatique et psychique du fonctionnement humain. Elles ont montré l'importance du rapport, toujours précaire, qui s'établit entre l'individu et son milieu. Dans ce contexte, l'idée d'une santé en soi fait place à celle d'un équilibre, à maintenir ou à reconstruire continuellement, entre des forces contradictoires; la notion de mécanisme d'adaptation devient un concept-clé.

On assiste ainsi à deux mouvements convergents: celui qui découvre l'importance des composantes psychologiques et sociales dans la genèse et l'évolution des maladies organiques et celui qui insiste sur les dimensions biologiques et génétiques impliquées dans les troubles psychiatriques ou émotionnels.

Ceci implique, d'une part, qu'il devient plus difficile d'établir une démarcation nette entre santé et maladie, et d'autre part, que le lieu de départage n'est plus situé dans l'individu seul mais implique la manière dont opère la rencontre entre l'individu et son milieu.

Les pièges d'une définition

Tout essai de définition comporte des risques: risque de normativité par exemple puisque si on part d'un modèle idéal, ou encore d'un modèle statistique ou même d'un modèle gestionnaire, la définition risque de refléter davantage les valeurs et les aspirations d'une fraction de la population, celle qui prend en charge cette définition; risque de professionnalisme aussi si on n'élargit pas les catégories d'agents responsables de l'intervention en même temps que l'on recule les limites du champ considéré.

D'autre part, la place faite à l'idée de "santé mentale" dans les médias contribue à créer le mythe d'une santé absolue, par rapport à laquelle chacun serait amené à s'évaluer "sur une extraordinaire échelle d'insatisfaction". On peut donc parler d'un risque de professionnalisation si chaque fois qu'on ressent une discordance ou une inquiétude en regard de son positionnement social, on est amené à consulter un médecin ou un autre intervenant, augmentant ainsi notre dépendance vis-à-vis les services et les gouvernements.

Les avantages

Un essai de définition comporte toutefois des avantages, dont celui de susciter une réflexion nécessaire à la clarification et au développement d'actions diversifiées.

L'orientation

L'orientation privilégiée a été celle du modèle vulnérabilité-stress; les auteurs ont particulièrement retenu l'idée de mécanismes d'adaptation fondés sur l'interdépendance entre dimensions biologiques, psychiques et environnementales, telle qu'elle se constitue dans un rapport dynamique construit au cours d'une histoire, celle de l'individu et celle de son milieu.

Dans cette perspective, le Comité a cherché à rendre compte de la diversité des points de vue exprimés sur la santé mentale. Sans prétendre à la représentativité et à l'exhaustivité, le Comité a organisé ces données autour de trois axes: un axe biologique pour mieux cerner l'aspect génétique et physiologique des potentialités individuelles en regard de la santé mentale, un axe développemental pour examiner la manière dont se constituent les relations de l'individu au monde qui l'entoure et un axe contextuel qui examine les conditions de contexte qui, aux niveaux sociétal et interpersonnel, influencent tant les problèmes que rencontrent les individus que les stratégies qu'ils élaborent pour y répondre.

Diversités et convergences

Pour diminuer le risque de normativité relevé et pour permettre l'expression de points de vue diversifiés sur ce qu'est la santé mentale, une consultation générale a été lancée par le biais des médias. Elle a été complétée par des rencontres avec un certain nombre d'organismes couvrant des champs divers: mouvements sociaux, féministes, écologistes, jeunes, syndicats, patronat, etc.

La consultation des groupes sociaux a montré qu'ils éprouvent des difficultés ou des réticences analogues à celles des auteurs face à la tâche de définir ce qu'est la santé mentale. Plusieurs ont souligné l'importance de faire place ici à la diversité et à la différence. De manière générale, les données recueillies montrent que les organismes n'abordent pas la santé mentale de manière abstraite. La santé mentale est perçue comme traversant les différents domaines de l'existence; elle est intimement liée au contexte social et interpersonnel, aux conditions de vie contrètes dans lesquelles vivent les personnes et auxquelles font écho les différents groupes, chacun à leur niveau. Sous cet angle, on peut dire que la santé mentale paraît être un point de vue sur les choses plus qu'un domaine distinct.

Par contre, les définitions que les professionnels répondant à la consultation générale ont données de la santé mentale font plus de place à ce qui se rapporte à un modèle idéal centré sur l'individu, et situé dans la ligne des théories de la psychologie existentielle et humaniste. Elles incluent cependant également des facteurs sociaux ou sociétaux mais les modes d'action proposés demeurent très généraux.

Dans les deux cas, on mentionne peu les facteurs biologiques, ce qui semble indiquer leur manque d'intégration dans la pensée quotidienne.

L'AXE BIOLOGIQUE

Ce n'est que vers la fin du XVIIIe siècle que la psychiatrie est devenue une branche de la médecine, dont l'objet est le diagnostic et le traitement des maladies mentales. En montrant les bases anatomiques de la paralysie générale en 1822, Bayle a ouvert la voie à un modèle organique de la maladie mentale qui permettait de l'insérer dans le modèle théorique médical classique. Cependant, les infrastructures biologiques des grandes pathologies mentales ont continué à demeurer pour le moins très nébuleuses durant la première moitié du XXe siècle.

La révolution psychopharmacologique

Plus récemment, les découvertes psychopharmacologiques ont ouvert de nouvelles pistes pour l'identification des substances biologiques sous-jacentes aux grandes pathologies mentales. En 1953, l'utilisation de la chlorpromazine, le "largactil", a mis en évidence une observation cruciale: la disparition des symptômes psychotiques tels le délire et les hallucinations sous l'effet d'une chimiothérapie. Pour la première fois, un médicament agissait non seulement comme sédatif mais faisait disparaître le vécu psychotique et les comportements de la folie. Cette importante constatation clinique a permis d'inférer l'existence de l'infrastructure biologique des grandes pathologies mentales. De la même manière, les travaux de recherche effectués autour des neuroleptiques, d'antidépresseurs et d'anxiolitiques ont permis de montrer l'implication de médiateurs neuro-chimiques spécifiques dans la schizophrénie, les troubles de l'humeur et dans le vécu de l'angoisse. Sans effectuer sur cette base une simplification élémentaire de processus qui demeurent très complexes, on peut dire qu'aujourd'hui l'infrastructure biologique de la vie mentale en général et de ses perturbations en particulier dépasse la simple spéculation.

Santé mentale et génétique

Malgré certaines failles méthodologiques importantes, les études sur les jumeaux univitellins ont apporté les premières pistes sérieuses sur le rôle de l'hérédité dans la transmission des maladies mentales. Plus récemment, des études américaines et scandinaves de personnes adoptées en bas âge ont donné à cette hypothèse des bases beaucoup plus solides lorsqu'elles ont démontré une corrélation positive incontestable entre diverses pathologies mentales chez les enfants adoptés et dans leur parenté biologique. Elles ont aussi montré que le facteur héréditaire n'est pas englobant et qu'il laisse une place importante à l'environnement. L'hérédité crée donc une certaine vulnérabilité biologique à certaines maladies ou troubles mentaux dont l'éclosion dépend de facteurs pathogènes dans l'environnement.

La précision du diagnostic et la recherche des marqueurs biologiques des maladies mentales

Le diagnostic psychiatrique demeure à ce jour essentiellement subjectif; il se démarque du reste de la médecine par l'absence de marqueurs spécifiques permettant de l'étayer et d'objectiver la maladie. C'est pourquoi, la recherche de ces "marqueurs biologiques" des maladies mentales demeure un des grands objectifs offrant peut-être le plus de promesses pour éclairer la problématique des perturbations graves de santé mentale. Mentionnons à ce titre les nouvelles techniques d'imagerie cérébrale comme la scanographie, et les études portant sur les neurotransmetteurs indispensables au transfert de l'information entre les cellules nerveuses, substances que l'on espère pouvoir utiliser comme des marqueurs chimiques des maladies mentales.

Les perspectives psychosomatiques sur la santé

Une juxtaposition entre deux doctrines et deux pratiques antinomiques, celles de la médecine synthétique et celles de la médecine analytique, a caractérisé l'histoire de la médecine depuis 2500 ans. Pour la première, la maladie n'est pas étrangère à l'organisme et se rattache à un enchaînement d'associations et d'événements extrinsèques et intrinsèques à la vie même du patient; pour la seconde, il faut chercher des causes étrangères à l'organisme, causes qu'il faut combattre et que l'on considère comme des faits isolés, non rattachés à l'ensemble. Le mouvement de la médecine psychosomatique s'inscrit dans un retour à une médecine synthétique, hyppocratique.

On peut cependant distinguer deux phases dans le mouvement de la médecine psychosomatique du XXe siècle. La première, qui date de la fin des années trente, demeure empreinte d'un concept de causalité linéaire de la maladie et applique ses schémas d'interprétation à certaines maladies dites psychosomatiques. La seconde, explicitée par Engel en 1977, propose un modèle biopsychosocial applicable à toute maladie; les facteurs psychologiques et sociaux sont alors perçus comme influençant pratiquement toutes les maladies touchant tous les systèmes.

Les équipes multidisciplinaires en santé constituent une des tentatives pour rendre cette perspective opérationnelle. Le mouvement de la psychiatrie de consultation-liaison en est une autre, manifeste dans le champ de la psychiatrie elle-même.

AXE PSYCHODÉVELOPPEMENTAL

En privilégiant en psychologie l'approche développementale, les auteurs ont conscience de mettre de côté une grande partie des théories de la personnalité et des approches psychothérapeutiques qui ont proposé un certain contenu à la définition de la santé mentale.

Adoptant ici un point de vue plus proche des perspectives placées à la base de cet Avis, les auteurs ont choisi de mettre l'accent sur une approche qui permette davantage de décrire les modalités de relation et d'interaction entre la subjectivité personnelle et la réalité objective. Le Comité privilégie ainsi le processus, plutôt que le contenu, de l'expérience psychologique, ce que permet la perspective psychodéveloppementale.

Cette perspective permet de plus de considérer la personne comme étant toujours en évolution et d'entrevoir ainsi que le psychisme sain n'est pas stati-

que. Elle permet aussi de tenir compte des différences importantes qui existent entre le fonctionnement du psychisme infantile et de celui de l'adulte. Cette perspective permet finalement de considérer le fonctionnement humain sous l'angle réaliste de l'interaction dynamique entre l'individu et son environnement, champ dont l'importance relative varie suivant les étapes du développement.

L'idée de l'Avis n'est pas de présenter l'ensemble des théories ni de décrire chacune de façon exhaustive. Il est nécessaire de regarder essentiellement ces modèles comme des modes d'approche pour la connaissance des besoins, des potentiels, des défis cognitifs, affectifs et sociaux que rencontre la personne au cours de son développement. Le but poursuivi dans cette présentation est surtout d'attirer l'attention sur des théories qui ont déjà montré une compréhension fine et articulée du psychisme humain dans son évolution à travers les étapes de la croissance. L'Avis présente ainsi un éventail d'approches; il montre comment chacune d'elles conçoit l'interaction individu-environnement et décrit l'essentiel du modèle de développement et ce vers quoi tend l'individu en croissance.

Les modèles présentés sont les suivants:

1. Le modèle cognitif développemental avec l'évolution de la pensée logique selon Piaget, l'évolution de la pensée sociale et du jugement moral selon Selman et Kohlberg.

2. L'approche psychanalytique du développement psycho-affectif.

3. Le modèle psychodynamique d'Erikson.

4. Une approche de la vie adulte inspirée de l'étude Grant menée par Vaillant.

5. Un tableau-synthèse du modèle de développement du moi de Loevinger. Cette approche ne constitue encore qu'un effort théorique d'intégration de l'évolution des dimensions affectives et cognitives. Son intérêt réside dans le fait qu'elle offre une perspective d'ensemble et une approche globale du développement de la personnalité.

L'examen de ces différents modèles montre qu'il est difficile d'aborder la question de la santé mentale sans inclure les notions de changements et l'idée d'une évolution selon les étapes de la vie. Les échelles présentées à titre d'exemple doivent être perçues comme des grilles utiles pour comprendre l'expérience affective et cognitive de l'individu à différents moments de sa vie. Elles peuvent servir de guide pour reconnaître les besoins liés aux tâches et aux défis d'une étape.

L'évolution se fait dans tous les domaines de la personnalité. Chose remarquable, elle se trouve étroitement liée dans chacun des domaines à la qualité et à la richesse des relations interpersonnelles appropriées à l'étape de développement considérée.

AXE CONTEXTUEL

L'Avis sur la notion de santé mentale ne se contente pas d'affirmer globalement que l'environnement influence la santé mentale. Il veut indiquer d'une part les éléments de l'environnement qui interviennent et de l'autre, les mécanismes suivant lesquels ils opèrent. Au niveau macrosocial, les auteurs ont tenu compte de la manière dont les perspectives de la psychiatrie transculturelle et sociale et de l'anthropologie complètent celles de l'épidémiologie; au plan microsocial, ils ont indiqué la façon dont les travaux sur les réseaux sociaux permettent d'enrichir les connaissances sur le rôle de l'environnement familial par rapport à la santé mentale. La considération parallèle de ces différents niveaux d'influence permet de dessiner ce que l'on peut appeler une approche systémique du contexte de la santé mentale.

Les données sont regroupées suivant deux grands champs: le champ social et le champ relationnel.

Le contexte sociétal

L'environnement sociétal peut être source d'une série de stress et de conflits liés au fonctionnement social et culturel; il oriente également les façons d'être et les modes de réaction des membres de la société ou de groupes particuliers.

Les auteurs ont cherché à présenter une synthèse des transformations majeures, passées et actuelles, qui ont affecté la société québécoise au cours de ces vingt dernières années. Ils ont cherché à voir la façon dont elles ont amené la déstructuration de certaines façons d'être mais ont aussi voulu indiquer ce qui se réorganise dans ce contexte.

On souligne d'abord une transformation au niveau des valeurs de base. Elle a entraîné une diversification de ces dernières et un nouveau pluralisme conséquant à la sécularisation des institutions et des modes de pensée. Les auteurs examinent le degré d'influence réelle de ce changement et en relèvent les conséquences au niveau éducatif.

Parallèlement, on assiste à un repli normatif sur le moi qui devient référence et critère privilégié pour l'action. Dans ce contexte, la recherche de la jouissance et celle de la réalisation personnelle deviennent des objectifs de vie, ce qui se répercute sur le rapport aux études ou au travail par exemple. Ceci risque de renforcer une marginalisation des individus par rapport à un système sociétal qui demeure dominé par les valeurs de rentabilité et de profit. Ces transformations dont profitent les individus les plus forts peuvent poser de sérieux problèmes d'identité et d'orientation aux personnes plus fragiles.

Un autre registre de changement concerne le rapport au temps et à l'histoire. D'un côté, on met en avant le mythe du progrès qui entraîne une insatis-

faction et une impatience face au passé. De l'autre, on assiste à un refus de la temporalité dans ce que certains ont décrit comme l'orientation narcissique de nos sociétés contemporaines. La faillite des théories scientifiques et économiques à expliquer le présent et à prédire le futur aurait créé le sentiment d'une imprévisibilité du monde qui nous entoure, comme si le passé n'était plus garant de l'avenir. Ce rapport ambigu à l'histoire aurait plusieurs conséquences comme le repli sur soi, la peur de l'avenir, une difficulté à affronter le vieillissement et la mort.

Les structures familiales constituent elles aussi un révélateur des transformations qui surviennent au niveau d'une société globale. Des changements en profondeur sont décrits à trois niveaux. Au niveau structurel, des modifications ont affecté le mariage lui-même et la taille des familles mais on connaît encore relativement peu la manière dont les nouvelles unités familiales s'inscrivent dans les rapports sociaux plus généraux et les implications sur l'éducation des enfants. Au niveau dynamique, on assiste à l'apparition de nouveaux modèles, à une modification des rôles de conjoint et de parent; on parle d'une homogénéisation des rôles mais les personnes disposent encore de peu de modèles pour s'orienter dans ce nouveau contexte. Enfin, la place relative de la famille comme structure de référence se trouve également modifiée.

Notre environnement sociétal a aussi subi de profondes transformations qui modifient notre écologie sociale. Parmi celles-ci, on peut mentionner une urbanisation rapide qui s'accompagne de modifications importantes dans les rapports interpersonnels. L'espace urbain est lui-même composé de zones différentes, caractérisées par des densités différentielles de problèmes psychiatriques et sociaux. Enfin, l'espace rural n'est pas exempt de problèmes. Ce sont moins l'urbanité ou la ruralité en soi qui sont reliées à des problèmes de santé mentale, que des phénomènes sociaux et culturels plus fins qui s'y trouvent associés. À nouveau, le rythme de ces diverses transformations a été extrêmement rapide au Québec.

Sur le plan socio-économique, la crise des dernières années a entraîné une détérioration des conditions de vie pour de larges groupes dans nos sociétés; elle se répercute aussi dans l'image d'un monde imprévisible et menaçant où il est de moins en moins certain de pouvoir trouver une place et de la conserver. Les études mettent en évidence deux ordres de fait. D'un côté, on a montré que les problèmes psychiatriques tendent à augementer lorsque l'on descend dans l'échelle sociale; de l'autre, les fluctuations des cycles économiques se répercutent également sur la santé mentale.

Les auteurs ont relevé un certain nombre de mécanismes qui interviennent ici et plus particulièrement ceux qui médiatisent l'impact du non travail. De façon générale, les travaux pêchent cependant par globalité et ne tiennent pas suffisamment compte d'une série de variables qui influencent l'impact du non travail, comme le niveau des attentes individuelles, l'âge, le soutien émanant des relations sociales. Les jeunes constituent ici une population particulièrement vulnérable car le non travail affecte leur entrée dans la vie active, menace leur identité personnelle et augmente leur dépendance face à leur entourage.

Dans le contexte sociétal qu'est le nôtre, d'autres groupes, eux, sont en position de marginalité structurale par rapport à la société: en termes d'âge (les jeunes, les personnes âgées), en termes de sexe (les femmes plus sujettes aux maladies mentales que les hommes), en termes d'ethnie dans le cas des autochtones et des personnes immigrées. Chacun de ces groupes présente des problèmes spécifiques et a été identifié comme "clientèle-cible" par les structures de services et de prise en charge. Chacun sert de révélateur par rapport aux contradictions et aux tensions qui parcourent la société québécoise. On ne peut dès lors se limiter à mettre en place des services ponctuels.

De manière générale, les auteurs soulignent les pièges que comportent une trop grande inflation des services et le risque d'opérer une psychiatrisation croissante de problématiques qui relevaient autrefois de d'autres instances. Il s'avère important de ne pas psychiatriser à outrance des problèmes sociaux, éco-

nomiques et culturels. Dans une perspective de santé mentale, il est important de repérer et éventuellement de soutenir les mécanismes que mettent en place des milieux ou des groupes pour tenter d'aménager leurs problèmes et de les résoudre.

En conclusion, toutes ces dimensions sont interreliées (manque de travail, bouleversements familiaux, marginalisation, isolement) et ne peuvent être comprises comme des phénomènes isolés. On peut dire qu'un des enjeux des sociétés actuelles est la place qu'elles parviendront à faire à la diversité par la reconnaissance de valeurs et de styles de vie autres et par la mise au point de stratégies d'intervention qui fassent écho à cette diversité.

Environnement familial, réseaux sociaux: le contexte relationnel

Le contexte familial influence les problèmes psychiques. Autrefois, l'attention portait principalement sur les caractéristiques parentales que l'on considérait comme pathogènes. Actuellement, l'attention s'est déplacée sur le système des relations familiales. On examine la fonction que peut remplir un symptôme dans un système familial global. La théorie des rôles, les théories de la communication et la théorie des systèmes ont décrit différents aspects du fonctionnement familial potentiellement importants pour la santé mentale.

On insiste actuellement sur l'importance de resituer le rôle du contexte familial dans un cadre plus large en tenant compte de l'influence de la génétique et de celle de l'environnement. Ce sont d'ailleurs les progrès réalisés par les études génétiques qui, en indiquant les limites de leur influence, ont amené à prêter une plus grande attention aux variables sociales.

On assiste aussi à un renversement des perspectives dans les études familiales. On met de l'avant la charge que peut constituer pour une famille le fait

d'avoir un de ses membres souffrant de troubles psychiatriques. On met l'accent sur le rôle protecteur que possèdent certains aspects du fonctionnement familial. Enfin, on dépasse les considérations étiologiques pour s'intéresser aux facteurs qui influencent l'évolution des problèmes psychiatriques une fois qu'ils ont fait leur apparition. Des travaux importants ont montré que certaines attitudes des membres de l'entourage proche d'un patient influencent les probabilités de réhospitalisation. Ils montrent qu'il est important, premièrement, de considérer l'interaction qui existe entre les variables sociales et une dynamique de type individuel et, deuxièmement, de dépasser le cadre de la famille et d'examiner le rapport des acteurs familiaux avec un univers social plus large.

Réseaux sociaux et systèmes de support naturel

La notion de réseau social désigne "une série de liens entre un ensemble défini de personnes". On se centre alors sur les caractéristiques des liens entre les personnes plus que sur les traits particuliers des individus qui constituent le réseau social. La notion de réseau social permet de décrire de manière précise la dynamique sociale qui caractérise des milieux particuliers et de mieux en comprendre la portée par rapport à la santé mentale.

On a cherché à voir ce qui différencie les réseaux sociaux des patients psychiatriques de ceux des personnes "normales". D'autres travaux ont cherché à voir à quel moment se produit une modification éventuelle dans les réseaux sociaux des patients psychiatriques. Il semble que les changements les plus dramatiques se développent après une première hospitalisation. Il semble aussi que les réseaux sociaux dont les membres se connaissent davantage entre eux ont, dans plusieurs cas, une fonction de support plus importante bien que ce trait n'ait pas que des implications positives.

Les interventions professionnelles ne constituent pas toujours un recours exclusif en cas de problèmes de santé mentale et de larges fractions de la population n'ont guère, ou pas, de contact avec ces services. Il est important de voir à qui s'adressent ces personnes et d'examiner le type d'aide qu'elles en reçoivent éventuellement. Préciser le champ de compétence de chacun, penser à des mécanismes de collaboration avec des ressources du milieu, tout en appréciant les limites de leurs actions, voilà autant d'opérations à mener.

Écologie et support social

Le document examine finalement le contexte écologique et social qui influence la composition et le fonctionnement des réseaux. Par exemple, la diversité des environnements crée des dynamiques particulières dont on doit tenir compte.

EN RÉSUMÉ

En mettant l'accent sur les conditions qui sous-tendent la santé mentale aux niveaux biologique, psychologique et contextuel, l'Avis a voulu échapper aux pièges que constitue une définition normative de la santé mentale.

En conclusion, les auteurs reviennent sur cette difficulté qu'il y a à définir la santé mentale et sur le caractère arbitraire d'une telle définition, en soulignant deux aspects de cette difficulté.

L'un de ces aspects touche à la question de la continuité ou de la discontinuité du rapport entre bonne et mauvaise santé mentale. On peut poser comme principe qu'une santé mentale idéale n'existe pas, comme c'est d'ailleurs le cas

dans le domaine de la santé physique. Il faut plutôt parler de degrés de santé dont la valeur est relative au contexte et au type de critère que l'on entend considérer.

Les auteurs ont choisi de privilégier une définition interactive de la santé mentale. Cette dernière se situe à la rencontre, toujours variable, entre conditions biologiques, développementales et contextuelles. Ceci signifie qu'un simple critère de "bonne adaptation" est insuffisant pour définir une bonne santé mentale si cette idée place du côté du milieu la référence principale à laquelle doit s'ajuster l'individu; de la même manière, des définitions en termes strictement individuels, comme celles que prônent les théories humanistes dans notre société, demeurent trop centrées sur la personne et ne reflètent pas ces dimensions interactives de la santé, telle qu'elle est vécue dans la vie quotidienne et telle que nous l'ont décrite les personnes rencontrées au cours de la consultation des groupes sociaux.

Si le modèle de "vulnérabilité-stress" a effectivement servi de point de départ pour aborder l'examen de la notion de santé mentale, chacun des chapitres, et plus particulièrement chacun des axes développés dans le troisième chapitre, a permis d'ouvrir des perspectives qui dépassent largement une notion simple de bonne adaptation.

De manière générale, on peut dire que la santé mentale est à comprendre comme une tension, une perspective, qui demande certaines conditions pour pouvoir s'actualiser de manière optimale; on ne peut la cerner en termes d'un contenu définissable a priori et à partir duquel on pourrait porter un jugement sur l'état de santé mentale d'individus ou de groupes.

La seconde difficulté que pose une définition de la santé mentale est la relativité des critères: ce n'est pas seulement le niveau optimum de santé qui varie selon les contextes, mais aussi les signes précis que l'on associe, dans différents milieux, à une bonne ou à une mauvaise santé mentale.

Cette relativité peut se manifester au niveau des types de symptômes ou de signes à travers lesquels s'exprime un sentiment de malaise dans un contexte particulier. On a souligné que certaines cultures, comme les cultures africaines ou chinoises, ou certaines classes sociales, plus précisément les classes défavorisées, privilégient un mode d'expression somatique des problèmes. Sur le plan des critères, la relativité se manifeste au niveau des choix que fait une société particulière des qualités sur lesquelles est mis l'accent dans la définition de la santé mentale, en fonction des valeurs qu'elle privilégie.

DES CLÉS POUR L'ACTION

La perspective adoptée à la base de cet Avis indique que l'on ne peut se limiter à repérer des populations à risque. Il faut également viser à renforcer les mécanismes individuels et collectifs d'affrontement des situations menaçantes. Ceci implique une modification dans les pratiques habituelles: un changement de point de vue, un élargissement des catégories d'acteurs impliqués et une diversification du niveau d'intervention.

À la suite de ce travail, le Comité de la santé mentale du Québec donne un certain nombre de recommandations plus précises concernant les orientations à promouvoir dans le champ de la santé mentale.

En rapport à la dimension biologique de la santé mentale, on peut relever deux points principaux:

- la nécessité de mettre au point des mécanismes permettant de diffuser les informations qui concernent les progrès dans le champ de la psychopharmacologie, afin d'assurer une utilisation plus adéquate des médicaments et un meilleur ajustement des médicaments éventuellement nécessaires aux besoins et réactions des individus;
- l'intérêt de mettre en place différents types de mécanismes permettant une concrétisation des nouvelles orientations en matière de médecine psychosomatique.

En rapport à la dimension développementale de la santé mentale:

- participer à la constitution d'un environnement optimal pour le développement, en créant des structures d'accueil pouvant prendre le relais de l'environnement familial quand les parents ne sont pas disponibles, ou pour permettre à ces derniers d'introduire dans leur rapport à l'enfant des pauses les aidant à se resourcer personnellement;

- adapter les programmes et interventions au niveau du développement de l'enfant ou de la personne; faire en sorte que les défis qui lui sont proposés s'ajustent à ses capacités réelles;

- favoriser une pédagogie active, qui permette de maximiser l'action des mécanismes d'apprentissage;

- avoir conscience des défis essentiels à relever à chacun des stades de développement;

- sensibiliser les professionnels à la complexité du monde auquel se trouvent confrontés les jeunes et éclairer ainsi certaines de leurs réactions;

- avoir conscience de la valeur structurante de certains conflits, par exemple au moment de l'adolescence, et pouvoir en dédramatiser l'impact sur l'entourage proche.

En rapport à la dimension contextuelle de la santé mentale:

- la nécessité d'être attentif à la diversité des modes de vie et des valeurs lorsque l'on intervient;

- l'intérêt de diversifier les actions en fonction des milieux et des quartiers, à la fois pour permettre un meilleur ajustement aux dynamiques locales et pour contribuer au développement des mécanismes collectifs d'affrontement des problèmes;

- la nécessité d'avoir clairement présente à l'esprit la multidimentionnalité des effets de conditions de vie difficiles;

- la nécessité de ne pas se limiter à une vision individuelle des problèmes de santé mentale et d'ouvrir à la fois notre cadre de compréhension et notre champ d'action aux niveaux familial, relationnel et écologique;

- la nécessité, dans ce cadre, d'être attentif à l'"histoire naturelle" des problèmes psychiatriques et des dynamiques relationnelles qui leur sont liées, afin de pouvoir planifier avec plus d'exactitude ou d'à propos les interventions les plus appropriées à différents moments de cette histoire;

- la nécessité d'être attentif aux modes de réorganisation individuels, sociaux et collectifs afin de pouvoir les promouvoir; par exemple, dans le cas des familles monoparentales, de jeunes, au niveau des modes d'échange qui fonctionnent dans des quartiers apparemment désorganisés ou encore dans le cas de personnes qui ont souffert de problèmes psychiatriques légers ou graves.

Des orientations générales pour une politique de santé mentale

Le fait de considérer la santé mentale et les problèmes psychiatriques dans une perspective multidimensionnelle et de mettre l'accent sur des stratégies de promotion de cette santé mentale amène à élargir parallèlement le champ des interventions.

Il faut envisager l'élaboration d'une politique qui se situe à deux niveaux différents:

- au niveau d'un "noyau dur" où l'on se préoccupe des problèmes psychiatriques lourds: sur les plans de la prévention, du traitement et des actions de réadaptation;

- à celui d'une "aura" plus large, plus directement concernée par la santé mentale et où il serait moins question de préciser une série de lois ou de modèles que de sensibiliser et de créer des "mécanismes d'attention" et de soutien aux dynamiques existantes. Certaines actions à portée plus globale sont également à envisager dans ce contexte.

Ce "noyau dur" de la santé mentale demeure toujours le champ prioritaire de la psychiatrie qui garde dans ce domaine une compétence et une responsabilité non pas exclusives mais certainement majeures.

Ce "noyau dur" des maladies mentales absorbe malheureusement le gros des ressources affectées à la santé mentale au Québec, comme d'ailleurs dans le reste du Canada et dans tous les pays occidentaux. Dans toute élaboration d'une politique de santé mentale, il faut tenir compte de ce que la nécessité de développer les actions au niveau de l'"aura plus large" ne peut justifier qu'on dévie de leurs fins les ressources nécessaires au traitement des maladies mentales graves.

De manière générale et à la lumière du contenu de cet Avis, les actions à entreprendre dans le cadre d'une politique de santé mentale devraient se situer à différents échelons et dans plusieurs domaines:

- à un échelon sociétal, à travers des actions visant le champ des valeurs, les modes d'organisation du travail ou l'aménagement de l'espace urbain par exemple; elles peuvent impliquer la sensibilisation et la mobilisation d'instances gouvernementales diverses touchant le monde du travail, le droit, la sphère de l'éducation...;

- à l'échelon d'interventions professionnelles où il s'agit d'éviter un double danger: celui d'une hyperprofessionnalisation, tentation lorsque l'on commence à ouvrir le champ; celui d'une hypoprofessionnalisation, en raison d'une vision trop générale et pas assez nuancée de l'apport des non professionnels ou des communautés dans différents domaines ou à cause d'une démission des instances responsables;

- à l'échelon d'interventions non professionnelles qui ont plus de chances de s'articuler directement sur les problèmes concrets vécus dans un milieu et d'agir à partir des valeurs et stratégies qui y sont privilégiées.

Pour que les actions entreprises à ces divers niveaux et dans ces différents champs puissent atteindre leur but et, éventuellement, déboucher sur une politique en santé mentale, il est essentiel de penser les actions dans une optique de complémentarité et de pluralisme.

À plus long terme, et dans l'optique de l'élaboration d'une politique, il est sans doute plus important d'envisager la mise en place d'un mécanisme de production et de révision continues d'une politique que de tenter de rédiger une politique dont les contenus seraient définis au départ. Ceci implique la création d'un groupe de coordination interministériel et continu, permettant une collaboration réelle entre des personnes occupant des postes d'autorité dans des secteurs différents (Affaires sociales, Éducation, Travail, Économie, Juridique). Ceci suppose également l'implication de professionnels et de représentants des milieux dans les processus de réflexion et de décision.

Texte préparé par Ellen Corin,
avec une collaboration de Robert Filion

Note: "Les Publications du Québec" vendent le texte de cet Avis dans leurs librairies et chez leurs concessionnaires. Il est aussi possible de le commander par la poste à l'adresse suivante: Les Publications du Québec, Case postale 1005, Québec (Québec) G1K 7B5.

ANNEXE B

L'efficacité des interventions en santé mentale

Texte relatif à l'Avis du Comité de la santé mentale du Québec sur l'efficacité des interventions en santé mentale[1,2,3,4]

---

1 Comité de la santé mentale du Québec (Yves Lamontagne, Francine Lavoie et Lise Tessier) "La santé mentale - prévenir, traiter et réadapter efficacement" Volume 1 "Synthèse et recommandations", Québec, Gouvernement du Québec, 2e trimestre 1985, 115 pages. (EOQ 21953-5)

2 Comité de la santé mentale du Québec (Francine Lavoie, Lise Tessier et Yves Lamontagne) "La santé mentale - prévenir, traiter et réadapter efficacement" Volume 2 "L'efficacité de la prévention", Québec, Gouvernement du Québec, 2e trimestre 1985, 101 pages. (EOQ 21952-7)

3 Comité de la santé mentale du Québec (Yves Lamontagne, Francine Lavoie et Lise Tessier) "La santé mentale - prévenir, traiter et réadapter efficacement" Volume 3 "L'efficacité du traitement", Québec, Gouvernement du Québec, 2e trimestre 1985, 157 pages. (EOQ 21950-1)

4 Comité de la santé mentale du Québec (Lise Tessier, Francine Lavoie et Yves Lamontagne) "La santé mentale - prévenir, traiter et réadapter efficacement" Volume 4 "L'efficacité de la réadaptation", Québec, Gouvernement du Québec, 2e trimestre 1985, 123 pages. (EOQ 21951-9)

Face à la multiplicité des modes d'intervention dans le domaine de la santé mentale, les planificateurs, les intervenants et les consommateurs s'interrogent sur leurs choix. Ils se demandent quelle intervention répondra le mieux à leurs besoins, étant donné le type de problème rencontré et l'objectif visé.

En 1985, dans un Avis composé de quatre documents, le Comité de la santé mentale du Québec a publié une synthèse critique des modes d'intervention en santé mentale. Trois membres du Comité, le Dr Yves Lamontagne, Directeur du Centre de recherche psychiatrique à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, la Dr Francine Lavoie, Professeure de psychologie à l'Université Laval et Mme Lise Tessier, Conseillère-cadre au Service de la planification et de la programmation du Centre de Services sociaux du Montréal métropolitain, ont participé d'une façon particulière à la préparation de cet Avis.

Parmi l'éventail des interventions, les auteurs ont retenu exclusivement celles qui s'adressent à une clientèle adulte susceptible de connaître ou ayant connu des troubles mentaux ou des problèmes psychosociaux. Se sont trouvées exclues les approches orientées vers la clientèle âgée ou vers les problèmes de déficience, approches non moins importantes mais qui devront faire l'objet de d'autres synthèses vu l'ampleur de la tâche.

Un survol des interventions visant les adultes montre la grande diversité des moyens disponibles qui vont, par exemple, de l'intervention individuelle d'approche behaviorale au foyer d'hébergement, du groupe d'entraide à l'hospitalisation de courte durée, de l'électro-thérapie au cours sur la communication parents-enfants sans négliger le recours aux médicaments. Il a donc paru utile d'aborder ce vaste domaine en le scindant en trois volets: la prévention, le traitement et la réadaptation. Traditionnellement, l'intervention en santé mentale consistait à traiter divers problèmes psychologiques en établissant d'abord une relation thérapeutique. Cette approche comprenait aussi la médication et parfois l'internement dans un milieu hospitalier. Depuis les deux dernières décennies, la prévention et la réadaptation sont devenues des éléments importants

dans l'organisation des soins de santé et se sont ajoutées aux autres modes d'intervention. Dans cet Avis, on a retenu comme définition de la prévention les efforts entrepris pour empêcher ou diminuer les probabilités de développement des troubles mentaux ou des problèmes psychosociaux dans la population. On a entendu par modes de traitement les principales méthodes d'intervention psychothérapeutique de même que les interventions pharmacologiques et électro-convulsives. On a enfin considéré que la réadaptation consistait dans les efforts visant à réduire les conséquences négatives des troubles mentaux ou des problèmes psychosociaux.

Comme ces volets ont connu une histoire et un contexte organisationnel bien différent, il fallut procéder à une synthèse critique particulière à chacun, ce qui mena à la rédaction de trois volumes distincts, colorés par les forces et les faiblesses de chacun.

Toutefois, ces trois volets ont été abordés selon une même approche critique. En effet, dans les trois cas, on a répertorié et on a analysé les programmes ayant fait l'objet d'une évaluation systématique. Une évaluation scientifique fut donc l'outil de travail retenu par le Comité. Une telle évaluation a pour but de vérifier de façon systématique si, d'une part, un changement avantageux est survenu chez les bénéficiaires et si, d'autre part, le programme ou l'intervention est la cause de ce changement.

L'efficacité de la prévention

Il y a bien des polémiques entourant la question de la prévention, d'abord sur la possibilité même de prévenir, puis sur la stratégie à privilégier. L'Avis s'attarde donc à ces deux interrogations. Le concept de prévention peut quelquefois porter à confusion, aussi a-t-on préféré parler de prévention primaire, c'est-à-dire des activités visant à empêcher les troubles mentaux et les problèmes psychosociaux de survenir ainsi que de celles qui tentent de réduire la probabilité de leur apparition. On a également retenu qu'un véritable programme de prévention doit s'adresser à un groupe ou à une masse d'individus ou à une commu-

nauté plutôt qu'à un seul individu, qu'il doit intervenir avant la situation problème ou auprès de personnes à risque, et qu'il doit s'appuyer sur de solides connaissances.

Une cinquantaine de documents de recherche ont pu être recensés. Comme le développement de l'approche préventive est assez récent et que les recherches évaluatives sont fort peu nombreuses, on ne peut donc se prononcer de façon certaine sur l'efficacité des programmes de prévention pour l'ensemble des problèmes rencontrés par les adultes. En effet, certains problèmes de santé mentale n'ont fait l'objet d'aucune intervention préventive, alors que d'autres problèmes ont suscité des programmes mais ces programmes ne sont pas évalués. Finalement, même lorsqu'il y a évaluation d'un programme, il s'agit trop souvent d'une seule tentative à partir de laquelle il serait téméraire de généraliser. Malgré le peu d'avancement des travaux, un survol général des recherches nous permet de conclure: 1) à la faisabilité de développer des programmes de prévention pour adultes; 2) à la popularité assez grande de ces interventions; 3) à la satisfaction des participants et des intervenants.

Lorsqu'on s'arrête aux programmes de prévention réactive s'adressant à des groupes d'individus, on distingue deux ensembles de clientèles, celles qui font face à des facteurs de risque et celles qui vivent des événements stressants. Les premiers programmes s'intéressent à la dépression, à la violence familiale ou conjugale et à la toxicomanie. Les recherches sont trop peu nombreuses pour conclure à l'efficacité de ces divers programmes. Les stratégies jugées essentielles sont cependant l'ajout de contacts personnalisés à des campagnes par les média, le contact actif des clientèles dans leur propre milieu et l'offre rapide de support en cas de crise.

Les autres programmes s'intéressent au divorce, au décès d'un membre de la famille, aux tentatives de suicide et aux crises multiples. Le recours à des stratégies faisant appel au support de l'entourage (groupe d'entraide, paraprofessionnel, service d'écoute) semble efficace dans l'ensemble de ces situations. On propose finalement, afin de développer des programmes de prévention

pour divers événements stressants, de cerner les tâches communes que doivent entreprendre les gens vivant de tels évévements: une restructuration cognitive, la modification de rôles, la reconstruction du réseau, la réorganisation de la routine quotidienne.

Il serait possible d'élaborer des programmes de prévention réactive s'adressant aux communautés ou à des environnements précis. Mais comme il y a dans ce cas peu de tradition d'implantation ou d'évaluation, on ne peut mentionner que quelques possibilités. On pourrait ainsi se soucier davantage d'éliminer de notre société les problèmes de pauvreté, de racisme, de sexisme et porter attention à la qualité des environnements physiques et au climat social des communautés.

Cet Avis s'attarde également aux programmes de promotion qui s'adressent à des clientèles n'ayant manifesté aucun problème. On relève des programmes s'intéressant aux individus, par exemple aux femmes et aux étudiants. On peut y remarquer encore une fois l'importance des para-professionnels et des pairs, mais on y saisit également l'importance des changements dans les pratiques institutionnelles (par exemple, la cohabitation mère-nourrisson à l'hôpital) et le développement de nouvelles techniques. En ce qui concerne les programmes de promotion s'adressant aux couples, leurs impacts semblent modestes mais lorsqu'ils ont lieu après le mariage et qu'ils recourent à l'acquisition en petits groupes d'habileté de communication, ils s'avèrent plus efficaces. Les programmes pour parents se fondant soit sur une approche éducative, soit sur une approche d'entraide, s'avèrent efficaces à répondre aux besoins de socialisation et de support comme parent, sans toutefois avoir un impact immédiat sur leur santé et sans nécessairement améliorer leur relation avec l'enfant.

Les programmes de promotion peuvent également s'adresser à des communautés entières. L'approche éducative par l'entremise des média s'avère plus efficace à modifier la perception d'un problème, qu'à changer le mode de résolution du problème. L'organisation communautaire autour de problématiques de santé mentale se

révèle fort difficile à évaluer même si d'après qelques expériences documentées, elles s'avère apte à susciter la participation des gens et à solutionner des problèmes à l'échelle de villes ou de petites communautés. L'animation communautaire se déroulant à plus court terme a pu elle aussi influencer les attitudes face aux comportements sociaux à l'échelle régionale. La recherche évaluative en ce domaine est vraiment embryonnaire. Mais on peut conclure qu'il est possible: 1) de modifier les attitudes de la population par rapport à la santé mentale; 2) d'impliquer les citoyens dans des groupes voués à la santé mentale; 3) de bien utiliser des ressources humaines jusque-là ignorées; 4) de former des liens entre les systèmes d'aide professionnelle et d'aide non-professionnelle.

En conclusion, malgré le peu de recherches évaluatives dans le domaine de la prévention, les auteurs soulignent le potentiel de cette approche, tant en ce qui concerne la prévention réactive que la promotion. Le Comité ne peut cependant pas proposer l'utilisation de tels ou tels programmes déjà disponibles parce qu'il y a trop peu de recherches concluantes. Il suggère plutôt de développer des stratégies s'inspirant des ingrédients que les auteurs associent à l'efficacité de leurs interventions et de contribuer par la recherche évaluative au développement des connaissances.

L'efficacité du traitement

Il s'agit ici de se prononcer sur l'efficacité des psychothérapies, de la thérapie électro-convulsive et des médicaments. Comme il existe plus de 250 sortes de psychothérapies et qu'il y a une myriade de médicaments, il fallut opérer un certain choix. Ainsi, les auteurs ont retenu pour analyse les psychothérapies les plus pratiquées au Québec par une grande variété d'intervenants: la psychanalyse et les techniques psychothérapeutiques qui en découlent, comme la thérapie d'orientation analytique, la thérapie brève et la thérapie de groupe; les thérapies comportementales ou behaviorales et les thérapies cognitives; la thérapie rogérienne; la thérapie familiale et la thérapie de couple; la thérapie gestalt; la bio-énergétique; le psychodrame; l'analyse transactionnelle et le cri primal.

Quoique la recherche évaluative dans ce domaine soit plus ancienne qu'en prévention, on note encore certaines difficultés qui alimentent bien des polémiques, surtout sur la possibilité de recréer dans un cadre expérimental l'essentiel de la relation thérapeutique. Mais dans l'ensemble, on accepte la démarche évaluative même avec ses imperfections.

Après un survol des diverses interventions psychothérapeutiques, on résume le domaine à partir de cinq dimensions sur lesquelles ont porté les recherches évaluatives.

1) L'efficacité en fonction des techniques utilisées. Il semble qu'une intervention psychothérapeutique soit plus efficace que la non-intervention, que les traitements à long terme ne soient pas plus efficaces que les traitements à court terme, qu'aucune modalité de psychothérapie évaluée ne se révèle supérieure aux autres, sauf la thérapie comportementale dans certains cas de phobies. Par contre, les résultats des recherches évaluatives ne sont pas suffisamment étayés et il faut souligner qu'aucune recherche évaluative n'est disponible en ce qui concerne la thérapie gestalt, la bio-énergie et le cri primal.

2) L'efficacité en fonction des professionnels impliqués. D'après les écrits recensés, il semble que les qualités personnelles du thérapeute et du patient et leur interaction peuvent être plus importantes que la méthode thérapeutique elle-même.

3) L'efficacité en fonction des problèmes en cause. Il semble que toute forme de traitements psychologiques (parmi ceux qui sont évalués) soit efficace de façon comparable. Les troubles mentaux qui répondent à la psychothérapie incluent habituellement les dépressions névrotiques chez les malades ambulatoires, des anxiétés légères et modérées, les peurs et les phobies, les compulsions, les dysfonctions sexuelles, les

réactions aux crises de la vie comme à l'adolescence, au milieu de la vie ou chez les personnes âgées, de même que les problèmes de la vie quotidienne comme des ajustements vocationnels et conjugaux. Avec de rares exceptions, les traitements psychologiques ne sont plus offerts comme une modalité exclusive dans le traitement de la schizophrénie, de l'autisme, de la psychose maniaco-dépressive, des comportements anti-sociaux, de l'alcoolisme et de l'abus des drogues, de même que dans des troubles d'apprentissage sévères. De fait, pour de tels désordres, les thérapies psychologiques sont la plupart du temps administrées en même temps que des interventions pharmacologiques et environnementales.

4) L'efficacité en fonction des groupes socio-économiques. Il est malheureux qu'aucune étude comparative n'ait été faite sur l'efficacité de différents types de psychothérapie en fonction des résultats obtenus chez les divers groupes socio-économiques. À partir des sources consultées, il semble se dégager que les thérapies humanistes soient surtout applicables pour les groupes socio-économiques moyens et élevés alors que la thérapie familiale, la thérapie comportementale et la thérapie de groupe peuvent fonctionner avec toutes les classes de la société.

5) L'efficacité en fonction des coûts impliqués. Les programmes de types plus intensifs et les programmes de traitement communautaire ont un meilleur rendement coût-bénéfice. De plus, certaines ressources humaines négligées s'avèreraient, après formation, aptes à l'intervention dans des traitements spécialisés. Enfin, il semble que le recours à la psychothérapie puisse diminuer l'utilisation des services médicaux.

En ce qui concerne l'efficacité de la thérapie électro-convulsive, le débat social est encore plus grand. Il faut toutefois souligner les bénéfices

potentiels de cette approche pour des personnes souffrant de dépression sévère et parfois chez des personnes très retirées ayant des problèmes de schizophrénie. Par contre, cette thérapie semble peu indiquée dans le cas de maladie affective ou encore pour l'ensemble des schizophrènes pour qui la médication est plus appropriée. Il faut savoir que certaines pratiques atténuent les effets secondaires décriés de la thérapie électro-convulsive et devraient être régulièrement utilisées, par exemple, une stimulation unilatérale. Il semble évident qu'il faille continuer les recherches et qu'il serait avantageux d'élaborer un protocole bien défini d'utilisation à l'échelle de la province.

En ce qui concerne l'efficacité de la pharmaco-thérapie, elle semble évidente dans le traitement de la schizophrénie, de l'anxiété, de la dépression et de la psychose maniaco-dépressive. Il reste des interrogations cependant quant à la combinaison optimale de la psychothérapie avec les médicaments, quant aux effets secondaires et ces derniers, et quant aux méthodes pouvant éviter la dépendance.

L'efficacité du support dans la communauté et des interventions de réadaptation

La question des alternatives à l'hospitalisation n'est pas une question récente. Mais depuis le début des années 1960, se déroulent des recherches systématiques dans le domaine. Cet Avis porte sur les projets de recherche expérimentaux ou quasi-expérimentaux traitant des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle et sur ceux traitant des alternatives aux cliniques externes actuelles et ce, afin de déterminer s'il existe un certain nombre de balises fiables.

Quatre types d'alternatives à l'hospitalisation traditionnelle ont fait l'objet d'évaluations rigoureuses: l'hospitalisation brève, l'hospitalisation partielle, les programmes externes enrichis ou communautaires et finalement les alternatives à l'hospitalisation à long terme visant la désinstitutionnalisation de patients chroniques. Il faut noter qu'aucun de ces programmes n'est moins

efficace que l'hospitalisation traditionnelle; en outre, il n'y a pas de différence entre les programmes alternatifs et le traitement à l'interne en terme de diminution des symptômes, du fardeau sur la famille, et il existe une différence minimale en terme d'ajustement global des patients qui bénéficient du programme expérimental. Par contre, en terme de taux de réhospitalisation, de jours passés à l'hôpital et de résultats au niveau du travail, les résultats sont nettement supérieurs dans les programmes alternatifs. Si l'on regarde de plus près les différents types d'alternatives, l'hôpital de jour et les programmes en externe enrichis ont des résultats légèrement supérieurs à l'hospitalisation brève, particulièrement au niveau des taux de réhospitalisation et d'emploi. Cependant, même les programmes communautaires réussis ont dû assumer un pourcentage minimal d'échec (une réhospitalisation à long terme). Ce taux est bas, mais il implique un certain nombre de patients pour lesquels il faut prévoir d'autres types de solution.

L'évaluation des alternatives au traitement traditionnel en externe est compliquée du fait du fonctionnement peu optimal de ce service traditionnel qui rejoint seulement une partie des patients et n'offre souvent qu'un contrôle de la médication. Les alternatives évaluées sont de trois types: un ajout minimal d'interventions thérapeutiques individuelles ou de groupe auprès des patients, l'hôpital de jour s'adressant à des clientèles homogènes soit sous une forme intensive de un à quatre mois, soit sous une forme de longue durée où il y a tolérance élevée face aux symptômes, soit sous une forme de programme de réadaptation à moyen terme, et finalement les programmes complets et intégrés.

On peut conclure que l'efficacité du premier type ne s'avère guère supérieure à celle de l'utilisation de la seule pharmaco-thérapie alors que l'efficacité des programmes complets est notable. Comme il y a encore beaucoup de confusion sur la définition de l'hôpital de jour, il est difficile de conclure de façon précise sauf qu'on peut affirmer que ces programmes sont supérieurs au traitement externe pour les schizophrènes chroniques.

L'ensemble des évaluations rapportées jusqu'ici concerne des programmes mis spécialement sur pied pour tester diverses modalités. Il reste donc, une fois la faisabilité et l'efficacité démontrées, à voir si ces programmes peuvent s'appliquer de façon plus générale. L'expérience d'une région de 700,000 habitants est donc relatée à cette fin. On peut en tirer la conclusion qu'il s'avère possible de diminuer les hospitalisations, tout en établissant une approche d'intervention acceptée par la communauté et offrant des services de qualité. On peut également tirer de l'ensemble de ces recherches évaluatives quelques leçons dont on pourrait s'inspirer pour réussir le processus de désinstitutionnalisation. Il faut d'abord un leadership professionnel de personnes motivées à trouver des solutions dans la communauté. Il faut ensuite bonifier l'intervention en ce qui concerne la médication, le support aux patients par des programmes spécifiques de réadaptation, le support aux familles visant à répondre à leurs besoins, l'intervention de crise, la continuité des services, l'hébergement pour un certain nombre de patients. En fait, le maintien dans la communauté des patients psychiatriques requiert un changement important des mentalités des professionnels avec un réaménagement organisationnel approprié et un certain investissement de fonds.

On peut finalement affirmer qu'il est possible de maintenir de 55 à 75% des patients dans la communauté au lieu de les hospitaliser, et cela à des coûts beaucoup moindres et pour des résultats égaux.

Les recommandations

Les recensions sur la prévention, le traitement et la réadaptation ont conduit le Comité de la santé mentale du Québec à formuler diverses recommandations touchant la recherche, l'éducation et la distribution des services. De façon générale, en ce qui a trait à la recherche, il est recommandé de développer davantage l'expertise québécoise en recherche sur la santé mentale, plus précisément sur les aspects psychosociaux de la maladie mentale et sur la prévention ainsi que d'assurer la poursuite des recherches sur les aspects biologiques et

biochimiques. Il est également recommandé de voir à développer une structure vouée à la recherche sur la prévention et sur la réadaptation psychosociale tout en encourageant des efforts de recherche à un niveau décentralisé dans les diverses institutions de service et les groupes communautaires concernés. En fait, les sommes consenties à la recherche en santé mentale doivent être plus conformes à celles consenties pour la prise en charge.

L'éducation devrait se faire non seulement chez les professionnels mais également auprès du grand public. Les corporations, les universités, les institutions de service, les leaders de la communauté et les groupes communautaires devraient être incités à participer à une meilleure formation et sensibilisation sur la santé mentale. La formation devrait tenir compte des aspects biopsychosociaux, des apports de la multidisciplinarité et des ressources des communautés ainsi que de la nécessité de coordonner les interventions.

En ce qui a trait à la distribution des services, le Comité recommande: 1) que le réseau de distribution des services de santé fasse en sorte que toute intervention en santé mentale repose sur des connaissances récentes et tienne compte des facteurs d'efficacité identifiés; 2) que la pratique hospitalocentriste soit modifiée et que les centres hospitaliers psychiatriques et les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux ne soient plus considérés comme la pierre angulaire de la distribution des services, mais plutôt comme un élément parmi un ensemble d'agents distributeurs de service; 3) que le réseau de distribution des services devienne plus conscient de l'importance de répondre aux consommateurs selon leurs besoins spécifiques plutôt que de les faire s'ajuster à des techniques ou à des programmes répondant aux préférences des intervenants.

Des recommandations plus spécifiques sont rapportées à la fin de chaque document ou encore dans le volume Synthèse et recommandations.

En conclusion, cet exercice d'analyse critique montre l'utilité de la recherche en santé mentale tant pour remettre en question des pratiques traditionnelles que pour identifier les éléments essentiels à implanter dans le futur.

Texte préparé par Francine Lavoie

Note: "Les Publications du Québec" vendent le texte des quatre volumes de cet Avis dans leurs librairies et chez leurs concessionnaires. Il est aussi possible de les commander par la poste à l'adresse suivante: Les Publications du Québec, Case postale 1005, Québec (Québec) G1K 7B5.

ANNEXE C
La santé mentale des enfants et des adolescents

Texte relatif à l'Avis du Comité de la santé mentale du Québec sur la protection et le développement de la santé mentale des jeunes[1,2]

---

1 Comité de la santé mentale du Québec (Laurent Houde, Guylaine Séguin-Tremblay, Michelle FitzGerald, Maurice Roy et Mireille Lajoie) "La santé mentale des enfants et des adolescents - vers une approche plus globale", Québec, Gouvernement du Québec, 3e trimestre 1985, 251 pages. (EOQ 22213-3)

2 Comité de la santé mentale du Québec (Pierre Baulu) "L'école et la santé mentale - État de la question de la santé mentale en milieu scolaire" (annexe de l'Avis du Comité de la santé mentale du Québec sur la protection et le développement de la santé mentale des jeunes), Québec, Gouvernement du Québec, 3e trimestre 1985, 89 pages. (EOQ 22212-5).

En préparant cet Avis, le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) a réalisé que la question de la santé mentale des jeunes suscite un très grand intérêt dans notre milieu.

Même si les données disponibles ne permettent pas d'évaluer de façon précise l'état de la santé mentale des jeunes du Québec, on peut évaluer, en recourant aux résultats de plusieurs études épidémiologiques américaines, que près d'un quart de million de jeunes québécois de 0 à 19 ans auraient besoin de soins particuliers en rapport avec leur état de santé mentale. Bien que ce chiffre ne puisse suggérer qu'un ordre de grandeur, il permet d'évaluer l'ampleur des problèmes de santé mentale des jeunes et justifie les efforts qu'on peut déployer pour en réduire la prévalence.

Dans sa recherche des possibilités qui s'offrent pour mieux traiter ces problèmes et surtout les prévenir si possible, le CSMQ ne s'est pas attardé à tenter d'identifier les changements de société qui feraient de notre monde un milieu mieux adapté aux besoins et capacités des jeunes, même si plusieurs croient que c'est là que résident les vraies solutions. Il s'est plutôt interrogé sur ce qui peut être fait, dans les réseaux de services destinés aux enfants et aux adolescents, pour contribuer davantage à l'amélioration de leur santé mentale. Il s'est notamment questionné sur les moyens qui peuvent permettre aux intervenants d'améliorer leur action auprès des jeunes pour la rendre plus efficace.

Force est de constater que les systèmes de services qui s'occupent de la santé mentale des jeunes ont généralement davantage une approche parcellaire et fragmentée que globale et se consacrent beaucoup au traitement des problèmes déclarés et très peu à leur prévention.

Convaincu comme bien d'autres qu'une approche globale incluant l'action préventive a, seule, quelques chances d'avoir un impact important pour diminuer vraiment la prévalence des problèmes de santé mentale des jeunes, le CSMQ présen-

te dans cet Avis un certain nombre de notions, de réalisations et de recommandations qui peuvent être autant de pistes concrètes indiquant comment une approche des problèmes peut s'élargir pour devenir plus globale ou comment le terme vague de prévention peut s'actualiser, dans la réalité des interventions quotidiennes.

Le développement d'attitudes préventives implique celui de la capacité de situer des questions dans un contexte et sa propre action en fonction de celles de d'autres qui peuvent avoir un intérêt ou une responsabilité face à une même problématique. À cet égard, l'Avis propose à ses lecteurs la description de deux larges contextes.

Le premier contexte est scientifique. On y présente un tableau d'ensemble des principaux facteurs qui, selon la science contemporaine, conditionnent ou influencent la qualité de la santé mentale. Ces facteurs peuvent être positifs ou négatifs. Parmi les facteurs positifs qui permettent de maintenir la santé mentale face aux difficultés et au stress, la compétence même de l'individu est centrale. Qu'il s'agisse de la compétence sociale ou de la compétence particulière requise pour traverser des situations de crise, il est important de comprendre d'où cette capacité tire ses racines pour en faciliter le développement dès le plus bas âge. Par ailleurs, ce qu'on appelle les facteurs de risque regroupe les conditions de l'individu ou de son milieu dont la présence constitue un danger potentiel pour la santé mentale. La maladie ou le handicap d'un enfant, par le stress qu'ils engendrent, peuvent, par exemple, rendre un jeune plus vulnérable au plan émotif. Un milieu familial chroniquement perturbé, une école sans cohérence éducative, un environnement marqué par la misère sociale représentent autant de facteurs de risque pour la santé mentale.

Le CSMQ juge que, dans l'ensemble, ces éléments qui influencent la santé mentale des jeunes sont mal connus d'un très grand nombre d'intervenants ou, lorsqu'ils sont connus, qu'on en perçoit mal les implications concrètes pour l'orientation de la pratique et la planification des interventions. C'est pourquoi, il recommande que la formation des futurs praticiens et de ceux qui sont en

exercice soit développée pour y inclure ces connaissances et les aptitudes à en tirer profit.

Le deuxième contexte présenté dans l'Avis est celui de l'ensemble des services de l'éducation, de la santé et des services sociaux. Une approche globale implique la concertation de toutes les forces et ressources d'un milieu. Dans cette perspective, il apparaît important de mettre à la portée des intervenants de différents milieux une certaine vision des objectifs et du fonctionnement de ces réseaux majeurs de services qui, chacun à leur façon, ont un rôle à jouer pour protéger et développer la santé mentale des enfants et adolescents. La façon de comprendre ce que peut être la santé mentale diffère d'un réseau à l'autre et une meilleure connaissance des façons de voir des autres est un pas vers l'acceptation de points de vue différents et la recherche de moyens pour harmoniser les échanges et la collaboration.

DES MOYENS DE RÉALISER UNE APPROCHE PLUS GLOBALE EN SANTÉ MENTALE

1. Développer une philosophie d'action axée sur les aspects positifs de la santé mentale

L'accent mis sur la promotion de la compétence des individus, des familles, des groupes, en santé mentale a comme fondement une vision des questions de santé mentale qui, sans nier les difficultés, les problèmes, les déficiences, s'attache de façon particulière à identifier et rechercher les capacités, et à favoriser leur actualisation.

Une telle vision reconnaît chez les individus la valeur de l'autonomie et s'efforce de comprendre les conditions et les moyens par lesquels celle-ci est susceptible de s'exercer à leur meilleur avantage. Elle n'implique pas que, face à des problèmes de santé mentale, enfants ou parents soient abandonnés à leurs

difficultés. Elle requiert cependant, chez les intervenants des réseaux de services, le développement d'attitudes et de compétences nouvelles dont, en particulier, celle de stimuler ou d'épauler le développement et l'usage des ressources communautaires aptes à soutenir l'exercice et la croissance des aptitudes humaines.

L'Avis présente plusieurs exemples où cette philosophie est en action. Mentionnons à ce propos l'évolution de cours organisés par des professionnels visant à développer la compétence parentale qui sont devenus des activités organisées par les parents eux-mêmes, utilisant des moyens d'apprentissage et de soutien qui leur conviennent et où les "spécialistes" ne sont plus des maîtres à penser, mais des collaborateurs répondant à des besoins particuliers.

Ailleurs, des parents de jeunes enfants, écrasés par les soucis financiers, des échecs relationnels, isolés, en passe de devenir des parents abusifs, se sont regroupés, sont devenus plus actifs et efficaces dans la recherche de solutions à leurs difficultés, ont retrouvé un certain sens de fierté et de confiance en eux; le tout grâce à une aide relativement simple, mais judicieuse, d'un CLSC. Dans un autre CLSC, un groupe d'entraide maternelle s'est développé et se renouvelle, fournissant à une population importante de nouvelles mères, le soutien d'autres mères qui, ce faisant, ont acquis le goût de s'impliquer à divers titres dans leurs communautés respectives. Dans un autre domaine, certaines maisons de jeunes ont permis à des adolescents et adolescentes de se donner des lieux de rencontre et d'échange adaptés à leurs besoins, leur permettant dans une grande mesure de se créer ou de s'inventer des situations propres à retrouver ou consolider un équilibre personnel menacé. D'autres adolescent(e)s ont bénéficié de programmes en milieu scolaire axés sur le développement de leur sens de responsabilité face à la drogue, programmes organisés pour accroître leur capacité générale à faire des choix libres et éclairés.

2. Privilégier une approche écologique face aux besoins de santé mentale

Face à des problématiques aussi différentes que celles des enfants maltraités ou de la délinquance juvénile, on se rend de plus en plus compte qu'il faut regarder au-delà des situations familiales pour vraiment comprendre ce qui explique ces conditions et peut permettre d'y remédier. Ces individus font le plus souvent partie de systèmes sociaux qui fonctionnent mal. Il importe alors de comprendre les composantes, l'organisation et la dynamique des milieux dont l'influence est pathogène, ou mésadaptative, et qui constituent l'écologie dont font partie ceux qu'on veut aider.

Le CSMQ juge particulièrement important d'appuyer la recherche qui a trait à la compréhension de certains de nos milieux. Il est également important de doter ceux qui ont pour mission de travailler au niveau des communautés, des connaissances et des outils nécessaires pour aborder l'étude des milieux humains.

Dans le chapitre consacré au réseau de l'éducation, l'Avis souligne comment la qualité du milieu scolaire est reliée au niveau des problèmes d'adaptation qu'on y rencontre. Quand certaines écoles, où les problèmes des élèves sont nombreux et voyants, réussissent à changer l'image négative qu'on a d'elles, elles y arrivent le plus souvent, non pas en traitant à la pièce les problèmes qu'elles vivent avec leurs élèves, mais en remettant en cause la mentalité qui fonde leur action et en dépassant les symptômes pour aller aux facteurs plus larges dont ils sont l'expression.

L'école de qualité, décrite dans l'Avis, a des valeurs cohérentes et clairement identifiées ; elle offre aux élèves, quels qu'ils soient, un climat où ils se sentent acceptés et respectés et où ils perçoivent qu'on a du souci pour eux. La direction d'une telle école a l'élève comme premier intérêt et elle est capable d'assurer un leadership moral et pédagogique qui permettra de transformer cet intérêt en réalité dans toute la vie de l'école.

L'hôpital est un autre milieu écologique. Le souci qu'on y a des besoins de la personne de l'enfant peut contribuer pour beaucoup à atténuer le risque possible de problèmes affectifs que peut entraîner une hospitalisation qui, pour diverses raisons, pourrait être vécue comme particulièrement pénible.

L'approche écologique des questions et problèmes de santé mentale fait appel à la concertation.

Dans différents milieux, les intervenants soucieux d'aider les jeunes en difficultés ont entrepris de se réunir à des tables de concertation, avec le souci de mettre en commun leurs perceptions des problèmes des jeunes, de développer des stratégies pour mieux leur venir en aide, de réexaminer leurs rôles et, possiblement, de les réorienter. Souvent, ces tables amènent à constater que, sous des problèmes en apparence multiples, se cachent des besoins de base des jeunes qu'il n'appartient pas directement et d'abord à des services sociaux ou de santé de combler. Ce sont, par exemple, l'absence de ressources de loisir adéquates, de lieux de rencontre, de moyens de s'occuper utilement, d'exercer ses capacités, de recevoir un soutien de ses pairs ou de figures parentales, qui expliquent le désarroi, la recherche de moyens d'évasion ou de façons d'affirmer sa révolte ou son désespoir face à l'échec du vécu de l'adolescence.

Devant cette constatation, les participants aux tables de concertation n'ont alors pas beaucoup d'autres choix que de tenter d'élargir l'horizon même de cette concertation, pour tenter d'y attirer la plus large participation possible des instances communautaires susceptibles de contribuer à la création de milieux où les jeunes peuvent sentir qu'ils ont une place.

3. Favoriser la souplesse dans le fonctionnement des services et une mentalité de plus grande ouverture chez les intervenants

Pour les intervenants, travailler avec les communautés et les populations, plutôt que de travailler pour elles ou à leur place, implique souvent d'importantes modifications dans l'exercice des rôles professionnels. De plus en plus nombreux sont les intervenants qui reconnaissent le bien fondé d'actions permettant aux clientèles des services une participation active et une prise de responsabilité croissante dans la solution de leurs difficultés.

Les attitudes que les intervenants doivent adopter pour favoriser l'autonomie des "clients" exigent de la créativité et peuvent engendrer chez eux des sentiments d'insécurité bien compréhensibles. Les changements de mentalité requis dans les services exigent beaucoup de soutien pour ceux qui s'y aventurent et les modes de pratique mieux adaptés aux besoins des populations exigent des conditions de travail déterminées en fonction des objectifs bien compris et assumés. L'encadrement administratif, dans ces conditions, doit être bien éclairé de ces objectifs et capable de souplesse. C'est souvent la lourdeur des systèmes et leur complexité qui s'avèrent l'obstacle majeur aux changements requis par cette approche plus globale requise en santé mentale.

4. Accorder une meilleure attention à la santé mentale des 0-5 ans

Le CSMQ fait siens, et désire épauler, les objectifs définis récemment par le Conseil des Affaires sociales et de la famille soulignant la priorité qu'il faut accorder au développement psychoaffectif et social des 0-5 ans[1].

---

1 Conseil des affaires sociales et de la famille "Objectif: Santé", Québec, Gouvernement du Québec, 4e trimestre 1984, 217 pages.

La prise de conscience de l'importance capitale de la petite enfance dans la construction de l'individu et de sa personnalité ne peut qu'inciter à rechercher les moyens qui garantiront le meilleur départ possible à cette aventure que constitue la vie humaine.

L'Avis souligne l'importance d'intervenir précocement dans les situations à risque et note comment on peut améliorer l'aide aux cas présentant des problèmes majeurs en fournissant, par exemple, aux intervenants des CLSC la consultation d'un certain nombre de spécialistes de la petite enfance. L'organisation et le lieu de travail de spécialistes (ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, pédiatres, pédopsychiatres) dont la compétence est précieuse fait que leur rôle d'éducation auprès des praticiens de première ligne (médecins, psychologues, travailleurs sociaux, personnel de garderie, etc.) n'est pas ce qu'il pourrait être. Alors que c'est au niveau local qu'une aide concrète, tenant compte de toutes les dimensions des besoins de l'enfant et de sa famille, peut être apportée, ceux qui tentent de répondre à ces besoins ont souvent énormément de difficulté à obtenir la consultation qui pourrait les aider à y répondre avec l'efficacité voulue.

À ce propos encore, le CSMQ constate d'importantes déficiences dans la formation professionnelle universitaire des étudiants d'ergothérapie, d'éducation spécialisée, de psychologie, de services infirmiers et de service social, entre autres, qui, dans leur pratique ultérieure, seront confrontés avec des problèmes de la petite enfance. Trop peu d'étudiants universitaires ou post-universitaires acquièrent une formation approfondie dans divers domaines de la petite enfance, alors que la science contemporaine du nourrisson et du petit enfant prend actuellement un grand essor, en particulier en ce qui touche le développement psychosocial et la santé mentale. Le CSMQ recommande que les programmes de formation des intervenants auprès de la petite enfance soient l'objet d'un développement systématique.

UNIR LES FORCES ET NON LES OPPOSER

Si, dans cet Avis, l'accent à été placé sur ce qui peut favoriser une approche préventive, le CSMQ ne croit pas pour autant que la santé mentale des jeunes québécois puisse être mieux servie par un système où le préventif et le curatif existeraient en parallèle. Au contraire! La tâche d'améliorer la santé mentale des jeunes est si grande et difficile qu'une approche globale implique la collaboration de tous. Ceux qui sont mieux préparés à une approche communautaire peuvent recevoir de ceux que leur exercice a amené à approfondir leur connaissance des individus. Ces derniers, quant à eux, ont tout avantage à élargir leurs horizons et à transformer en partie leur rôle pour s'intégrer davantage à ce processus d'approche globale dont il a été traité dans cet Avis.

Texte préparé par Laurent Houde

Note: "Les Publications du Québec" vendent le texte de cet Avis et le texte de l'annexe de cet Avis dans leurs librairies et chez leurs concessionnaires. Il est aussi possible de les commander par la poste à l'adresse suivante: Les Publications du Québec, Case postale 1005, Québec (Québec) G1K 7B5.

ANNEXE D
Les ressources alternatives

Texte relatif à l'Avis du Comité de la santé mentale du Québec sur les ressources alternatives[1]

---

1 Comité de la santé mentale du Québec (Roger Paquet, Francine Lavoie, Gaston Harnois, Michelle FitzGerald, Christine Gourgue et Nicole Fontaine) "La santé mentale - rôles et place des ressources alternatives", Québec, Gouvernement du Québec, 4e trimestre 1985, 168 pages. (EOQ 22197-8)

Au moment où les débats s'animent et s'amplifient dans le domaine de la santé mentale, le Comité de la santé mentale du Québec est heureux d'ajouter une contribution additionnelle à la réflexion entreprise sur les rôles et la place des ressources alternatives en santé mentale. Sans chercher à clore le débat sur les ressources alternatives, le présent Avis veut favoriser un questionnement honnête et objectif sur cette réalité de plus en plus présente dans le domaine de la santé mentale.

Cet Avis a été préparé principalement par Monsieur Roger Paquet, Directeur général du Centre d'accueil Les Jeunes de l'Outaouais, par le Docteur Francine Lavoie, Ph.D., Professeure à l'Université Laval, par le Docteur Gaston Harnois, m.d., Directeur général du Centre hospitalier Douglas, par Madame Michelle FitzGerald, Vice-présidente de l'Association lavalloise de parents pour le bien-être mental (ALPABEM), par Madame Christine Gourgue, ex-Présidente du groupe Auto-psy et ex-Porte-parole du Comité des bénéficiaires du Centre hospitalier Robert-Giffard, et par Madame Nicole Fontaine, Coordonnatrice des services de santé mentale au Conseil de la santé et des services sociaux du Montréal-Métropolitain.

À partir d'un examen de l'ensemble du réseau de santé mentale, alimenté des résultats d'une vaste consultation publique et d'une réflexion approfondie sur les besoins des personnes et de leurs familles, cet Avis propose certains changements dans l'orientation générale en santé mentale et identifie des priorités d'action. En s'inspirant des changements proposés au niveau de l'orientation, les auteurs de l'Avis examinent plus spécifiquement les rôles et la place que les ressources alternatives peuvent occuper en santé mentale ainsi que la contribution qu'elles peuvent apporter.

1. L'ALTERNATIVE: L'EXPRESSION D'UNE VISION PARTICULIÈRE

Il faut retourner à la fin des années soixante pour retracer l'émergence du mouvement alternatif qui s'est d'abord manifesté aux États-Unis et dans certains pays d'Europe. Quelques années plus tard, ce mouvement social prenait forme au Québec et le champ de la santé mentale, compte tenu de sa complexité, de son historique et de son envergure, est vite devenu un terrain privilégié pour l'expression d'approches alternatives. On assiste alors à la formation de nombreux groupes d'entraide, à la naissance de groupes d'ex-patients ou de "psychiatrisés" et à l'émergence de structures innovatrices.

L'Avis fait d'abord mention de la confusion entourant la définition d'une ressource alternative. Pour certains, l'alternative est un symbole de changement, d'innovation et de créativité. Pour d'autres, c'est la menace d'un savoir longuement acquis, d'un ordre établi, voire même une négation des réalités présentes.

Contrairement à l'opinion largement répandue qui désigne comme ressource alternative toute forme de service autre que l'établissement psychiatrique conventionnel, le Comité définit les ressources alternatives comme un groupe, un organisme ou une corporation à but non lucratif, autonome, qui propose à la personne, dans son milieu de vie et avec sa participation, un support particulier pour acquérir et maîtriser les moyens requis pour répondre à ses besoins, compte tenu des difficultés psychosociales ou psychiatriques qu'elle rencontre ou qu'elle appréhende.

Cette définition n'inclut pas les structures intermédiaires, qui sont des services de petite dimension, intégrés dans la communauté et fonctionnant sous la juridiction d'un établissement.

Les ressources alternatives sont l'expression d'une volonté d'engagement manifestée par des individus et des groupes d'une communauté locale. Elles s'im-

plantent soit pour répondre à des besoins laissés sans réponse, soit pour contester la forme de réponse offerte par les services publics. Elles privilégient la participation active de la personne concernée et permet à d'autres types d'intervenants, tels les personnes ayant éprouvé des difficultés de santé mentale et les aidants naturels, de jouer un rôle actif en santé mentale. Par l'entraide, le support mutuel et l'accompagnement, elles tentent de rejoindre la personne dans son milieu de vie et de lui rendre accessible, là, le support requis. De par leur caractère personnalisé et leur présence dans le milieu, elles peuvent s'adapter plus rapidement à l'évolution des besoins.

Elles présentent également certaines faiblesses, et particulièrement leur niveau de fragilité relié à l'incertitude et à l'insuffisance des ressources dont elles disposent. De plus, elles sont souvent maintenues dans la marginalité ou choisissent d'y rester par crainte de récupération ou d'assimilation par le réseau public.

Toutefois, leur présence et leur action soulèvent plusieurs questions fondamentales qui ont inspiré la réflexion du Comité de la santé mentale du Québec.

- La ressource alternative offre-t-elle une réponse adaptée, réaliste, viable et durable à certains besoins spécifiques?

- Quelle est la validité et l'efficacité de ces réponses?

- Quelles sont les conditions essentielles à la survie et au développement de ces ressources ainsi que les exigences et les limites qui en découlent?

- Quelle contribution peuvent-elles apporter à l'ensemble des services de santé mentale?

. Quels effets peuvent-elles avoir sur l'évolution du système de santé mentale?

Pour répondre à ces questions, le Comité a du procéder à un examen d'ensemble du réseau de service en santé mentale et à l'énoncé d'orientations générales en santé mentale.

2. LE RÉSEAU DE SERVICE EN SANTÉ MENTALE ET LES RESSOURCES ALTERNATIVES

En se référant à la Loi et au mode actuel d'organisation, l'Avis décrit brièvement le réseau d'établissements et le rôle que chacun d'eux y exerce. Par la suite, il présente différents types de structures intermédiaires. Au niveau des ressources alternatives, le document aborde certains aspects de leur organisation et de leur fonctionnement, tels le statut légal, le financement, la clientèle, le personnel et les services offerts.

À l'aide des résultats de la consultation publique menée par le Comité de la santé mentale du Québec, l'Avis identifie la nature des changements proposés dans l'organisation et le fonctionnement du réseau de service en santé mentale:

. une plus grande accessibilité aux services;

. une plus grande diversification des services pour en accroître la qualité et la pertinence;

. une disponibilité accrue, afin de réduire les délais d'attente;

. une possibilité de choix plus grande pour la personne en situation de besoin;

. une amélioration de la complémentarité des services afin d'assurer une meilleure continuité d'intervention.

En conclusion, ce chapitre reprend sommairement les principaux problèmes du réseau de service en santé mentale qui ont été identifiés par les différents rapports des dernières années et les met en parallèle avec les résultats de la consultation publique.

3. LES BESOINS EN SANTÉ MENTALE

Le chapitre veut contribuer à faire connaître les points de vue des gens sur leurs besoins. En ce domaine, l'approche utilisée par les ressources alternatives nous rappelle l'importance de donner la parole aux gens concernés par les problèmes, en traitant de tous les problèmes, tant de maladie mentale, de santé mentale que de troubles psychosociaux, en considérant non seulement l'individu en difficulté mais aussi les personnes qui l'accompagnent, en particulier les membres de la famille.

L'Avis fournit en synthèse les résultats de différentes recherches en matière de besoins. Il résume également les besoins identifiés par les répondants à la consultation publique. Sans chercher à regrouper les points de vue exprimés ou résultant des travaux de recherche, certaines idées dominantes méritent cependant d'être soulignées.

Dans le cas des personnes ayant des problèmes psychosociaux, la prédominance des problèmes financiers et des problèmes de relation avec leur entourage est fréquemment soulignée. Pour certains chercheurs, le manque de ressources financières pourrait être non seulement un agent d'exacerbation du stress ou des fragilités, mais aussi un élément déclencheur. Quant à eux, les problèmes de relation avec l'entourage indiquent la nécessité de rendre disponibles d'autres lieux que la famille ou le voisinage.

Dans le cas des personnes ayant des problèmes dits de maladie mentale, on observe une grande diversité de besoins qui vont des besoins de base, comme le logement et le respect de son intimité, à des besoins d'actualisation, comme

d'avoir des responsabilités à sa mesure et obtenir une certaine reconnaissance sociale.

Parmi l'ensemble des besoins identifiés par les membres de la famille, les besoins d'information prédominent. Ces personnes désirent également être mises à contribution par les intervenants et être écoutées. Des besoins plus concrets sont aussi identifiés fréquemment en ce qui concerne l'avenir de la personne en difficulté et ses activités de loisir.

Les résultats de la consultation publique menée par le Comité de la santé mentale du Québec font également ressortir les besoins d'information des familles et de support des intervenants. Ils insistent en plus sur la nécessité de répondre aux besoins de base et sur l'importance de mesures aptes à briser l'isolement et la solitude.

En définitive, les intervenants, les planificateurs et les administrateurs sont d'une certaine façon convaincus qu'ils répondent assez bien aux besoins identifiés, dans la mesure des ressources disponibles. Cependant, les demandes des gens portent davantage sur un changement radical de philosophie que sur le simple ajout de services.

4. LES ORIENTATIONS PROPOSÉES

Il est maintenant généralement reconnu que l'approche en santé mentale se doit d'être globale en prenant en considération les dimensions bio-psychosociales de la personne. Ces trois dimensions en constante interaction ont une influence directe sur la santé mentale de chaque individu ainsi que sur son environnement.

Il faut dès lors se questionner non plus uniquement sur la responsabilité de l'État à dispenser des services aux personnes éprouvant des difficultés de santé mentale, mais également sur le rapport individu-environnement-État, c'est-à-dire, se demander comment peut s'effectuer l'agencement et la coalition et

l'effort à ces trois niveaux pour que la personne dans son milieu développe, maintienne ou restaure un niveau optimal de santé mentale.

Le Comité de la santé mentale du Québec propose de se diriger vers ...

- une approche favorisant une participation active de la personne à toute action susceptible de développer, maintenir et restaurer sa santé mentale;

- une approche encourageant et suscitant chez les membres et les organismes de chaque communauté locale leur participation et leur contribution au développement, au maintien et à la restauration de la santé mentale des personnes faisant partie de cette communauté;

- une approche associant le support et le soutien de l'État, des établissements et des services publics à l'effort des personnes et des communautés, en recherchant un équilibre capable d'assurer à la fois le développement, le maintien et la restauration de la santé mentale des citoyens.

En plus de proposer une modification de l'approche en santé mentale, l'Avis identifie certaines actions à prioriser pour améliorer le réseau de service en santé mentale. Ces mesures sont la mise en place ...

- **de programmes d'information en santé mentale,** pour sensibiliser les personnes et les communautés à l'importance de leur implication et de leur contribution et aussi pour démystifier cette réalité;

- **de services d'intervention en situation de crise,** en mesure de s'adresser, en tout temps, à un ensemble de situations de crise reliées aux difficultés personnelles, familiales ou sociales des individus et ce, autant dans le milieu de vie de la personne qu'à l'intérieur de lieux désignés à cet effet;

- **de programmes de maintien en milieu naturel,** pour permettre aux personnes de recevoir dans leur milieu les services requis ou de pouvoir y retourner après un séjour en institution.

Si cet ensemble d'actions venait s'ajouter aux efforts déjà consentis, le Comité de la santé mentale du Québec considère que les personnes éprouvant des difficultés de santé mentale recevraient un service mieux adapté à leurs besoins et pourraient prendre une part active à la vie de leur communauté.

5. LES RÔLES, LA PLACE ET LA CONTRIBUTION DES RESSOURCES ALTERNATIVES

Pour le Comité de la santé mentale du Québec, les ressources alternatives sont en mesure de jouer un rôle de premier plan en santé mentale. Leur action s'exerce ailleurs et autrement.

Quel que soit leur objectif, soit de répondre à un besoin non comblé, soit d'expérimenter de nouvelles façons de faire, voire même de contester les services en place, les ressources alternatives viennent enrichir la gamme de services. Il importe donc:

- de reconnaître leur existence et de respecter leur identité;
- de leur fournir des moyens adéquats pour exercer leur action;
- de leur permettre de participer à la réflexion en santé mentale;
- de les associer à la planification et à la dispensation des services, tout en s'assurant de leur fournir les moyens requis pour évaluer leur action.

Sans chercher à dresser une typologie, l'Avis identifie trois groupes de ressources alternatives, en fonction de la "majeure" de leur action, soit les

ressources "autonomes", tels les groupes d'entraide, les ressources "concurrentes" exerçant leur action dans un domaine traditionnellement dévolu au réseau public et les ressources de "vigilance" qui poursuivent des objectifs de promotion et de défense des droits.

Plutôt que de chercher à les intégrer ou de tenter d'en faire un système capable de répondre à tous les besoins, il faut mettre à contribution l'expertise de ces ressources au profit de l'objectif fondamental que nous poursuivons, soit l'amélioration du niveau de santé mentale de chaque citoyen de notre collectivité.

En conséquence, le Comité de la santé mentale du Québec recommande:

1. que l'importance des ressources alternatives autonomes soit reconnue en santé mentale et que leur autonomie soit respectée;

2. que des fonds soient octroyés afin de permettre aux ressources alternatives autonomes de se doter, dans chaque région, d'un centre chargé de diffuser leur action, d'élaborer des répertoires et d'offrir des activités de formation aux personnes désirant mettre en place de telles ressources;

3. que les ministères, organismes et institutions distribuant des subventions aux ressources alternatives autonomes restreignent au minimum les exigences reliées à l'octroi de telles subventions;

4. que les institutions locales, qu'elles soient municipales, sociales ou scolaires, rendent disponibles aux ressources alternatives autonomes les facilités techniques et matérielles dont elles disposent;

5. que la légitimité de l'action des ressources alternatives concurrentes exerçant des fonctions supplétives ou expérimentales soit reconnue et confirmée dans les lois et règlements régissant la distribution des services en santé mentale ;

6. que le rôle spécifique de chaque ressource alternative concurrente soit précisé dans les plans régionaux de services en santé mentale ;

7. que le ministère de la Santé et des Services sociaux mette à la disposition des conseils régionaux des fonds pour le financement des ressources alternatives assumant les fonctions supplétives ou expérimentales en santé mentale ;

8. à l'égard des ressources alternatives concurrentes,

   a) que les conseils régionaux, à partir du programme proposé par chaque ressource, puissent leur octroyer un mandat spécifique d'intervention en santé mentale ;

   b) que le financement soit attribué, au début, pour une période de trois ans ;

   c) que ce financement puisse être renouvelé annuellement par la suite ;

   d) que des fonds soient disponibles dans chaque région pour l'évaluation de ces ressources ;

   e) que les ressources alternatives financent un minimum de cinq pour cent de leurs activités à partir de revenus provenant de la communauté.

9. à l'égard des ressources alternatives de vigilance,

   a) que le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaisse le rôle des ressources alternatives de vigilance en matière d'information, de promotion et de défense des droits de la personne en santé mentale;

   b) que des fonds soient fournis pour l'exercice de ce rôle, dans le cadre des programmes de subvention aux organismes du milieu;

   c) que ces subventions soient assujetties à la nécessité pour les ressources alternatives concernées d'intervenir à la fois en matière d'information, de promotion et de défense des droits.

10. que le ministère de la Santé et des Services sociaux et les conseils régionaux sollicitent la collaboration et la participation des ressources alternatives à l'actualisation des priorités d'actions en santé mentale;

11. que le ministère de la Santé et des Services sociaux stimule, encourage et supporte le développement de structures intermédiaires au niveau de l'ensemble des établissements oeuvrant en santé mentale.

Texte préparé par Roger Paquet

Note: "Les Publications du Québec" vendent le texte complet de cet Avis dans leurs librairies et chez leurs concessionnaires. Il est aussi possible de le commander par la poste à l'adresse suivante: Les Publications du Québec, Case postale 1005, Québec (Québec) G1K 7B5.

ANNEXE E

Les services de santé mentale de la France, de la Grande-Bretagne, de l'Italie et des États-Unis

Texte relatif à l'Avis du Comité de la santé mentale du Québec sur les services de santé mentale de la France, de la Grande-Bretagne, de l'Italie et des États-Unis[1]

---

1 Comité de la santé mentale du Québec (Ellen Corin, Lise Tessier, Guylaine Séguin-Tremblay, Luciano Bozzini, avec le concours de Frédéric Grunberg) "Sortir de l'asile? Des politiques et des pratiques en pays étrangers" Québec, Gouvernement du Québec, 1986, 596 pages dans la version dactylographiée (Édition en préparation).

L'idée qu'il faut tendre vers une désinstitutionnalisation des patients psychiatriques est à présent largement admise dans la plupart des pays occidentaux; on peut dire qu'elle a un peu partout joué le rôle d'un concept moteur en regard de la réforme des services psychiatriques.

À un examen attentif, cette unité d'orientation des services psychiatriques dans les pays occidentaux apparaît cependant plus apparente que réelle; elle recouvre en effet des conceptions et des pratiques qui diffèrent de manière importante suivant les pays et parfois, dans un même pays, suivant les régions ou les champs que l'on considère.

Cet ouvrage sur les services de santé mentale de la France, de la Grande-Bretagne, de l'Italie et des États-Unis est principalement l'oeuvre du Docteur Ellen Corin, Directeur de l'Unité de recherche psychosociale du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, de Madame Lise Tessier, Conseillère-cadre au Service de la programmation et du développement du Centre de services sociaux du Montréal-métropolitain, et du Docteur Guylaine Séguin-Tremblay, Psychologue au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. L'importante collaboration qu'elles ont reçue du Docteur Luciano Bozzini, Professeur agrégé au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal et l'appui que leur a apporté le Docteur Frédéric Grunberg, Coordonnateur de l'enseignement à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, doivent également être soulignés.

Le travail s'appuie sur la lecture de nombreux ouvrages, articles et documents portant sur la situation des services psychiatriques dans les pays considérés. Il intègre aussi des données recueillies sur place auprès de personnes situées à différents niveaux de la structure administrative et psychiatrique ainsi qu'auprès d'autres personnes directement concernées. Les auteurs se sont essentiellement limités à ce qui concerne les services de psychiatrie publique.

Le recueil et l'analyse des données ont été effectués à partir d'une grille précisant les dimensions à explorer et les points précis à investiguer sur

chacune d'elles; la synthèse des données s'est faite en référence à un petit nombre de questions de base visant à cerner l'essentiel des orientations et des pratiques dans chacun des pays.

Dans la majorité des pays qui ont été considérés (la France, la Grande-Bretagne, les États-Unis), la réforme des services psychiatriques s'est inscrite dans un processus de continuité et est venue concrétiser un mouvement de transformation déjà à l'oeuvre dans les pratiques concrètes et les courants de pensée. L'Italie se démarque ici par le caractère plus radical et temporellement plus circonscrit des changements.

On retrouve une continuité similaire, dans les trois mêmes pays, sur le plan des idées. Dans les deux pays anglo-saxons, l'évolution des idées s'est faite progressivement et dans le sens d'une psychiatrie sociale qui accentue l'importance de l'intégration dans la communauté. En France, on observe un glissement dans les références théoriques prédominantes, au sens où les prémisses psychanalytiques prennent de plus en plus le pas sur les orientations sociales prônées par les premiers réformateurs.

Partout, c'est de l'intérieur même de la psychiatrie qu'est venu le mouvement de remise en cause des anciennes manières de faire. Dans tous les pays, les psychiatres à orientation sociale ont eu un rôle de leadership fondamental, au moins au début du mouvement. De manière générale, ce rôle de leadership a été épaulé à des degrés divers selon les pays par une mobilisation des autres intervenants.

Deux raisons principales paraissent sous-jacentes au rôle crucial qu'ont joué les intervenants en psychiatrie dans les différentes réformes: le fait qu'ils se soient sentis investis d'une mission de porte parole par rapport à des personnes généralement marginalisées dans la société, et le fait que les réformes portent essentiellement sur des modes d'intervention, domaine par rapport auquel les intervenants se sentent un savoir-faire particulier.

Des forces extérieures, situées dans la société plus large, ont souvent épaulé fortement ce mouvement de transformation interne à la psychiatrie.

Cet ensemble de mécanismes de pression et d'alliance assure une plus grande assise aux mouvements de réforme: il pourrait être une des conditions-clé qui permet aux réformateurs psychiatriques de faire adopter les projets de réforme.

Dans les trois pays où la réforme des services psychiatriques a déjà une certaine histoire (la France, la Grande-Bretagne, les États-Unis), on a par ailleurs observé au cours de ces dernières années une complexification et une "bureaucratisation" croissantes de la gestion des services psychiatriques. Une tendance analogue serait perceptible "en mineur" en Italie; elle y est moins accentuée en raison de la jeunesse relative de la réforme et de la faiblesse des traditions administratives. Cette intervention de la bureaucratie - avec des visées de péréquation, planification, coordination et contrôle - est sans doute en partie inévitable et même souhaitable sous certains aspects. Elle comporte cependant des risques sérieux lorsqu'elle tend à devenir envahissante: celui de démobiliser les intervenants, celui d'une lourdeur croissante des procédures et celui d'un porte-à-faux des mesures administratives par rapport à la réalité concrète.

LE CADRE POLITICO-ADMINISTRATIF DES RÉFORMES

L'idée de territorialité

Dans l'ensemble des pays, les réformes des services psychiatriques ont affirmé l'importance d'un lien entre services et territoire géographique; une philosophie sous-jacente de sectorisation se retrouve ainsi un peu partout. Cela signifie qu'une équipe psychiatrique multidisciplinaire se voit confier un terri-

toire dans le but de garantir sa responsabilisation totale par rapport à un bassin de population et d'assurer une meilleure adaptation des services aux réalités locales. Cette territorialité de la pratique psychiatrique doit aussi permettre un rapprochement entre les services psychiatriques et les communautés, favoriser les processus de réintégration et participer à la déségrégation des patients psychiatriques et des services. Elle devrait permettre une série de stratégies d'alliance avec des ressources non psychiatriques du territoire, en même temps qu'une plus grande articulation entre actions préventives et curatives. Par ailleurs, certains ont insisté sur la nécessité de tenir compte de la mobilité des populations urbaines pour définir les modalités d'une pratique sectorielle dans les grandes métropoles.

L'étendue du territoire couvert par "l'équipe de secteur" varie. En Grande-Bretagne par exemple, l'option a été de placer davantage de psychiatres dans un territoire plus grand dont ils sont responsables, ce qui permettrait plus de flexibilité en matière de choix réciproques thérapeute-patient. Ailleurs, la délimitation de territoires plus petits a pour objectif de favoriser une articulation maximale entre les services psychiatriques et des dynamiques locales. De manière générale, la sectorisation n'est pas conçue de manière rigide. Elle est censée opérer un effet de contrainte sur l'équipe qui ne peut refuser personne de son territoire, plus que sur le patient qui demeure en principe libre de son choix. Le manque d'harmonisation entre les découpages territoriaux effectués dans divers domaines (scolaire, juridique, social...) est partout apparu comme un obstacle à une coordination des actions.

LES MÉCANISMES DE DÉCENTRALISATION

Les pays ont mis en place un cadre politico-administratif qui sous-tend le fonctionnement du système. Les modèles organisationnels qui prévalent dans chacun d'eux ne prennent sens que par rapport au cadre socio-politique plus large

qui les caractérise et par rapport à un certain contexte historique. Aucun modèle n'est donc directement exportable dans un autre pays. Il demeure cependant intéressant d'examiner les données disponibles pour chercher à comprendre comment fonctionnent dans chaque cas des mécanismes de centralisation et de décentralisation ainsi que, complémentairement, la place qui y est faite à la diversité et au pluralisme.

Partout, on observe une tendance affirmée vers une décentralisation. C'est de manière générale l'État qui définit les orientations générales des politiques et distribue, à des échelons inférieurs de la hiérarchie politico-administratives, des enveloppes budgétaires qu'ils ont le devoir de gérer.

Partout donc, un souci affirmé de décentralisation commande l'organisation politico-administrative des services psychiatriques. Par ailleurs, dans chacun des pays, on reconnaît l'importance d'un certain nombre de fonctions qui peuvent être confiées à des instances différentes selon les pays:

- la nécessité de définir des orientations générales, responsabilité qui est partout confiée à l'Etat;

- l'importance d'effectuer une planification et une coordination dans le développement des ressources, fonction qui peut-être jumelée, ou non, avec celle de financement;

- l'importance de coordonner localement les ressources en place;

- l'intérêt d'une articulation sur des instances politico-administratives locales, soit essentiellement les municipalités et les élus locaux; ces instances participent, à des degrés divers, aux décisions relatives à l'allocation des fonds et aux orientations de base.

Diversité et pluralisme; l'articulation au niveau local

On reconnaît également de manière générale l'importance de préserver ou d'encourager la diversité dans la mise en place de ressources concrètes sur un territoire déterminé, afin d'assurer une plus grande adéquation entre les services et les caractéristiques des populations locales. L'implication des élus locaux et des municipalités a été l'une des manières d'y parvenir.

On peut considérer que le rapport entre systèmes public et privé fournit une autre mesure du degré de pluralisme et de diversité du système. Les deux situations extrêmes sont ici celle de l'Italie et celle de la Grande-Bretagne. En Italie, le système public est nettement à l'avant-plan de la réforme des services psychiatriques; le privé (cliniques, foyers) demeure néanmoins présent et remplit à plusieurs endroits le rôle d'une soupape par rapport à un système public incomplet (en ressources intermédiaires surtout). Depuis les années 1980, on observe par ailleurs un développement accéléré de ce que l'on pourrait appeler le "privé léger" et une montée du "privé social" comme les coopératives de travail ou de service dans le domaine socio-sanitaire. En Grande-Bretagne, par contre, les associations privées et organismes sans but lucratif ont de tout temps joué un rôle-clé, à la fois en stimulant l'évolution du système public et en jouant un rôle "supplémentaire" par rapport au système public. Dans le cas de la France, la démarcation entre privé et public se fait de plus en plus ténue et des passages fréquents entre les deux systèmes interviennent.

LE MODÈLE PSYCHIATRIQUE PRÉCONISÉ

Des modèles orientés vers la désinstitutionnalisation

Partout, les pratiques traditionnelles d'internement sont remises en cause et l'on prône une désinstitutionnalisation du traitement des problèmes psychia-

triques. Ceci implique une remise en cause de l'hôpital psychiatrique mais elle opère à des degrés divers suivant les pays. Partant du principe que l'hôpital psychiatrique est anti-thérapeutique en soi, l'Italie et la Grande-Bretagne ont opté pour sa disparition: à court terme, par l'intervention d'une loi en Italie; graduellement et à plus long terme en Grande-Bretagne, et en s'assurant que les fonctions asilaires demeurent remplies au niveau local, sous des modalités différentes. En France et aux États-Unis, c'est davantage l'asile dans sa forme actuelle que l'on met en cause et on s'interroge sur la manière de le réduire, de le modifier et de l'insérer dans un ensemble plus large de services et de structures.

Dans les faits, on observe un peu partout, sauf en France, une baisse spectaculaire de la population hospitalière depuis la mise en place des réformes; en Italie et aux États-Unis, le rythme de diminution de la population hospitalisée en psychiatrie varie néanmoins fortement suivant les régions. Il faut cependant réaliser que cet indicateur demeure largement insuffisant pour capter la réalité de la désinstitutionnalisation. Du côté du système, il faut examiner les mouvements de clientèle qui opèrent dans des institutions parallèles, et tenir compte de la trans-institutionnalisation des patients. Du côté des personnes, il faudrait pouvoir examiner le devenir réel des patients dans la communauté et ce que représente pour eux dans le concret la sortie de l'institution.

Les moyens généralement privilégiés

Partout, les nouvelles structures mises en place ont essentiellement visé les personnes présentant les problèmes psychiatriques les plus lourds, soit par principe, soit en raison de la limitation des ressources disponibles. Cette priorisation, de principe ou de fait, des cas les plus lourds, se présente comme un élément constant.

Comme on pouvait s'y attendre, le développement de structures extrahospitalières a représenté partout un élément-clé dans les stratégies visant à permettre la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques. Partout, on parle ainsi d'un redéploiement des ressources et programmes vers la communauté. On peut dire que le degré d'échec ou de réussite des réformes dépend largement du degré de développement qu'ont atteint les structures extrahospitalières: dans les domaines de l'hébergement, du travail, de l'occupation du temps.

La manière de concevoir de telles structures varie cependant suivant les endroits. Certains mettent l'accent sur la nécessité de les insérer le plus possible dans le milieu naturel ; d'autres visent plutôt avant tout la création de milieux thérapeutiques ou de lieux d'accueil pour des personnes qui ont beaucoup de mal à trouver une place dans la société.

En Italie, on souligne le rôle de la famille et l'importance de lui offrir un soutien. On met aussi l'accent sur l'intérêt de structures "non-ghettoïsantes", comme des coopératives de travail ou des centres d'hébergement mixtes. En France et en Grande-Bretagne, on insiste de manière prioritaire sur le développement de structures plus petites et plus humaines que l'hôpital.

Un deuxième trait commun aux programmes qui sous-tendent la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques dans les différents pays est que les équipes psychiatriques jouissent d'un <u>appui hospitalier</u> au sens où elles peuvent avoir recours à des ressources hospitalières, en cas de nécessité. La tendance générale est partout de localiser de plus en plus de telles unités d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux.

Sur le plan de l'organisation des services, on note généralement l'existence d'une <u>structure-pivot</u> qui oriente ou anime le processus de la désinstitutionnalisation: l'équipe de secteur en France, le Centre de Santé Mentale en Italie, le Community Mental Health Center, avec ou sans lits d'hospitalisation, aux États-Unis ; actuellement dans ce dernier pays, c'est un programme, celui des

Community Support Systems, qui joue le rôle-clé dans le développement des ressources communautaires.

Les différences entre les pays sont plus nettes en ce qui concerne le type de rapports que cette structure-pivot entretient ou doit entretenir avec les autres éléments du système psychiatrique. À un extrême, en Italie, elle a un rôle prédominant et presqu'exclusif par rapport aux services offerts sur son territoire ; à l'autre extrême, comme en Grande-Bretagne, sa relation avec les autres programmes et ressources repose davantage sur l'idée d'un partenariat que sur celle d'une centralisation. L'enjeu est ici de maintenir un difficile équilibre entre, d'une part, la nécessité de minimiser le risque d'abandon des personnes qui présentent les problèmes psychiatriques les plus lourds et, d'autre part, un désir de maximiser la diversité et la flexibilité du système.

Un peu partout également, on reconnaît la nécessité de trouver des modalités d'articulation entre ce qui est proprement psychiatrique et des systèmes voisins, plus particulièrement la santé et le social. La nécessité de développer des liens avec la médecine générale est reconnue un peu partout, mais s'actualise de manière diverse suivant les pays.

L'établissement de liens avec les médecins généralistes est particulièrement prôné en Grande-Bretagne où les praticiens de médecine générale constituent la porte d'entrée générale du système. Le principe que l'on favorise en théorie est que le psychiatre doit agir comme consultant auprès du praticien généraliste, de la même façon que l'infirmière psychiatrique doit le faire auprès de son homologue dans la communauté. En pratique cependant, l'articulation demeure relativement minime et l'on réfère encore peu de patients vers la médecine générale après leur passage dans les services spécialisés. Par ailleurs, aux États-Unis et en France particulièrement, la psychiatrie de consultation-liaison représente un essai pour introduire une pratique psychiatrique de consultation dans des hôpitaux généraux.

Sur le plan du rapport au "social", l'idée de la multidisciplinarité des équipes psychiatriques s'est imposée partout. En Italie et en Grande-Bretagne, où domine le courant de la psychiatrie sociale, les intervenants sociaux sont des partenaires essentiels de l'intervention. En général, c'est à eux que revient le rôle-clé dans le développement des ressources spécialisées de réinsertion. Sur le plan plus organisationnel, le rapport entre services psychiatriques et services sociaux demeure cependant dans tous les pays généralement chaotique, mal défini et en transformation constante.

La désinstitutionnalisation des patients psychiatriques est ainsi perçue partout comme un processus complexe qui requiert une infra-structure importante en matière de ressources ainsi que des modalités spécifiques d'articulation tant entre les ressources psychiatriques elles-mêmes qu'avec les systèmes connexes. L'établissement de ce type de liens ne se fait jamais sans problèmes et requiert que l'on prenne soigneusement en considération les champs d'expertise et les habitudes de pratique de chacun. L'identification d'une structure-pivot devrait normalement favoriser ce processus d'intégration.

Des modèles de pratique spécifiques

On retrouve à nouveau un certain nombre de points communs entre les pays. Nous en retenons principalement deux qui ont des implications directes sur l'organisation des services.

Le premier, qui prolonge la critique des aspects négatifs de l'asile mentionnés plus haut, est une volonté de déségréguer services et interventions dans le domaine psychiatrique et dès lors de les rapprocher le plus possible des milieux de vie naturels.

Le second, qui veut répondre aux problèmes liés à la diversité des lieux et des structures d'intervention dans le domaine psychiatrique, est une opposition à une fragmentation de la prise en charge. Un peu partout, on privilégie une continuité des équipes, qui assure une continuité du suivi pour une même personne entre l'interne et l'externe comme entre différentes structures externes. La simple création de "mécanismes de concertation" ou de coordination entre des structures différentes n'apparaît donc pas comme suffisante et une continuité minimale des personnes, et donc de la relation intervenants-patients, est perçue comme essentielle.

Une autre dimension de cette continuité est la notion d'accessibilité. En Italie, les équipes attachées au Centre de Santé Mentale s'efforcent d'assurer une accessibilité maximale, de 24 heures sur 24, comme le prône aussi le modèle du Community Support System aux États-Unis. En Grande-Bretagne, en Italie et partiellement en France, les visites à domicile constituent un moyen d'assurer cette accessibilité, particulièrement en période de crise. En Grande-Bretagne et à certains endroits des États-Unis, des programmes permettent aux anciens patients de revenir en visite dans leur ancienne unité d'hospitalisation, toujours dans cette même optique de continuité.

Ces deux prémisses de base, la volonté de déségréguer et celle d'éviter la fragmentation, ont amené plusieurs pays (France, Italie, États-Unis) à refuser ou à assouplir, en théorie du moins, la distinction classique entre services de première, deuxième et troisième ligne.

D'autre part, les différents modèles de pratique qui se mettent en place, sur la base de ces prémisses générales, renvoient à des conceptions de base spécifiques concernant la maladie mentale. Au risque de caricaturer une réalité qui demeure toujours infiniment plus complexe que ce que nous pouvons en dire ici, on peut indiquer que l'on observe deux grandes tendances.

La première, que l'on retrouve principalement en Grande-Bretagne, met fortement l'accent sur le fait que la maladie psychiatrique est une maladie comme les autres; c'est alors surtout le handicap, qui découle des problèmes psychiatriques, qui est visé par les pratiques et c'est le point de vue de la réadaptation qui domine les interventions. Cette perspective paraît avoir également été sous-jacente à toute la mise en place des Community Mental Health Centers, puis des Community Support Systems, aux États-Unis.

L'autre position, caractéristique de la France, tend au contraire à accentuer le caractère spécifique des problèmes d'ordre psychiatrique. Ce modèle attire l'attention sur les mécanismes inconscients et non rationnels, sous-jacents aux symptômes aussi bien qu'aux réactions qu'ils suscitent dans le milieu et l'entourage, comme chez les intervenants eux-mêmes. Les pratiques qui s'alimentent à ce modèle s'inscrivent ainsi dans un paradigme thérapeutique global où la réadaptation est vue comme une conséquence des interventions plus que comme leur cible directe.

ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION

Les taux actuels d'institutionnalisation des patients psychiatriques varient suivant les pays; nous avons vu que si l'on fait exception de la France, on observe partout une diminution importante de la population asilaire, des admissions et de la durée des séjours, bien qu'avec des différences régionales significatives. On a par ailleurs souligné un peu partout, et particulièrement aux États-Unis, les conséquences désastreuses que peut entraîner pour les patients une désinstitutionnalisation "aveugle": clochardisation, abandon, exploitation.

Partout, la création de structures dans la communauté, qui devraient permettre un redéploiement réel des actions vers le milieu, s'est révélée nettement insuffisante.

Enfin, on observe également de grandes variations intra-nationales, tant dans la manière dont fonctionnent les services et programmes qu'au niveau du nombre et de la gamme des ressources disponibles. Cette diversité, encouragée par la plupart des politiques dans l'optique d'une adéquation maximale entre services et caractéristiques locales, s'est avérée être le plus souvent source d'inégalités importantes; c'est partiellement sur cette base qu'il faut comprendre les tendances à la recentralisation que l'on observe actuellement à plusieurs endroits.

Une réflexion sur les éléments qui sous-tendent le rapport entre diversité, pluralisme et inégalité paraît être l'un des enjeux-clé de toute réforme des services psychiatriques.

LES BARRIÈRES PRINCIPALES

Partout, on a relevé des problèmes liés au financement des programmes et services psychiatriques. L'insuffisance des budgets disponibles pour mettre en place une réforme effective des services a été soulignée à des degrés divers dans tous les pays. Au niveau des mécanismes de répartition des budgets, la dualité des modes de financement est apparue comme une source de rigidité et un obstacle à une transformation intégrée du système existant.

La crise économique actuelle a partout été durement ressentie; il semble que ses effets soient particulièrement visibles dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie. Ce dernier apparaît rarement comme une priorité pour les

politiciens et les acteurs y disposent sans doute de moins de moyens de pression que dans les autres secteurs.

L'autre barrière, que l'on voit invoquée partout, à la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques est plus intangible mais possède des effets au moins aussi puissants. Il s'agit des attitudes négatives que l'on continue à avoir à l'égard des problèmes psychiatriques, de ceux qui en souffrent et, parfois, de ceux qui s'en occupent. Dans le cas des proches, on a aussi de plus en plus conscience du poids que peuvent faire peser sur toute la vie familiale les symptômes de l'un des membres de la famille, poids qui peut rejaillir en retour sur les attitudes à l'égard des patients. Pour une certaine partie de la clientèle, les possibilités de soutien à la famille apparaissent être un élément crucial dans l'efficacité des services. Une grande présence de l'équipe sur le terrain et sa disponibilité en cas de crise paraissent être ici des éléments essentiels de l'intervention dans le milieu.

Du côté des intervenants, certaines habitudes de pratique peuvent également constituer un obstacle sérieux à une transformation du système. On souligne ainsi dans tous les pays la nécessité d'une formation adéquate mais aussi l'intérêt d'une formation continue des intervenants.

On trouve aussi dans tous les pays une dénonciation de dysfonctionnements administratifs (fragmentation des responsabilités, manque de coordination, bureaucratisation excessive à tous les niveaux).

Sur le plan politique, on a aussi souligné les difficultés liées à un manque de soutien net des forces politiques. Les gouvernements jouissent peu actuellement du consensus politique qui serait nécessaire pour se lancer réellement dans des réformes sociales d'envergure.

Cet Avis présente une généreuse description des services de santé mentale de la France, de la Grande-Bretagne, de l'Italie et des États-Unis, une synthèse

de chacune de ces descriptions, de même que des éléments de comparaison entre ces services. Par les points de convergence et de divergence qu'il souligne, il permet d'interroger tout système de services de santé mentale existant (dont évidemment celui du Québec) et tout projet de réforme avancé. Il peut aussi faciliter le développement de tels projets de réforme.

Texte préparé par Ellen Corin avec
une collaboration de Robert Filion

Note: Au moment où ce texte relatif à l'Avis du Comité de la santé mentale du Québec sur les services de santé mentale de la France, de la Grande-Bretagne, de l'Italie et des Etats-Unis est achevé, "Les Publications du Québec" procèdent à la publication de cet Avis. Les personnes désireuses de connaître davantage ce document pourront donc s'en procurer un exemplaire dans les librairies et chez les concessionnaires de cette maison d'édition ou par commande postale à l'adresse suivante: "Les Publications du Québec", Case postale 1005, Québec, (Québec), G1K 7B5.

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec